من عجائب النفس البشرية

ازدواج الشخصية



اسم الكتاب: من عجائب النفس البشرية ازدواج الشخصية

المؤلف: د. ياسر عبد القوي

رقم الإيداع: ١٨٦١١/٢٠١١.

نوع الطباعة: لون واحد.

عدد الصفحات: ١٦٠.

القياس: ١٧×٢٤.

تجهيزات فنية:

مكتب دار الإيمان للتجهيزات الفنية

أعمال فنية وتصميم الغلاف: عادل المسلماني.

٢٠١١



الإدارة

دار الإيمان للطبع والنشر والتوزيع

١٧ شارع خليل الخياط - مصطفى كامل - الإسكندرية.
تليفاكس: ٥٤٥٧٧٦٩ - ٥٤٤٦٤٩٦

المبيعات

دار القمة

١٩ شارع خليل الخياط - مصطفى كامل - الإسكندرية.
تليفاكس: ٥٤٥٧٧٦٩ - ٥٢٢٢٠٠٢

دار الإيمان فرع النزهة

أمام كوبري النزهة القديم - النزهة - الإسكندرية.
تليفاكس: ٥٤٥٧٧٦٩ - ٢٨١٦٠٤٢

فرع القاهرة

العربية للتوزيع خلف الجامع الأزهر

درب الأتراك - خلف الجامع الأزهر - القاهرة.
تليفون: ٢٥١٢٠٦٢١

E-mail

dar_aleman@hotmail.com

من عجائب النفس البشرية

ازدواج الشخصية

اعداد

د. ياسر عبد القوى

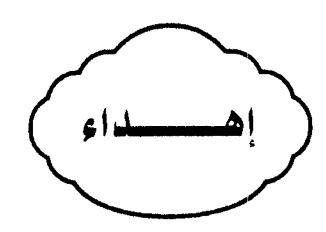
استشارى الطب النفسى. دكتوراه الصحة النفسية

رؤية نفسية لقضية مس الجن والتلبس الروحى







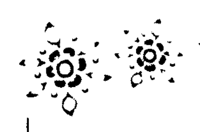


إن الحمد لله ، نحمده ، ونستعينه ، ونستغفره ، ونعوذ بالله من شرورأنفسنا وسيئات أعمالنا ، من يهده الله فلا مُضل له ،ومن يُضلل فلا هادي له، وأشهد أن لاإله إلا الله وحده لاشريك له، وأشهد أن محمداً عبده ورسوله ، صلى الله عليه ، وعلى آله ، وصحبه وسلم.

أهدي هذا الجهد المتواضع إلى مرضاى الأعزاء الذين ألهموني هذا الموضوع ، وأمدوني ببعض محتوياته، وأخص بالإهداء أساتذتي وزملائي الأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين، وكذلك المعالجين الروحيين والشعبيين .

وأُهدي إلى كل من يريد التعرف على هذا الموضوع .

المؤلف



بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الدكتور
محمد المهدي

يسرني ويشرفني أن أقدم لهذا الكتاب للأخ العزيز الدكتور / ياسر عبد القوي والذي يتصدى لموضوع يدور حوله جدل كبير ، ويثير العديد من الإشكاليات بعضها طبي وبعضها نفسي وثقافي واجتماعي وروحي ، ويدخل في الدائرة عدد هائل من المعالجين الشعبيين والروحانيين والدينيين وكل يحاول تفسير ظاهرة ازدواج الشخصية أو تعدد الشخصيات من خلال خلفيته المعرفية ويحاول بالتالي التعامل معها أو علاجها على هذا الأساس .

ويبقى المرضى وذويهم في حيرة ، إلى أين يتجهون طلبًا للمساعدة ، أيتجهون للطبيب أم لرجل الدين أم لمدّعي إخراج الجان أم للسحرة أم لهؤلاء جميعًا في وقت واحد .

وربما يكون موضوع ازدواج الشخصية قد تم تناوله بشكل درامي في بعض الأعمال الأدبية والفنية الشهيرة على المستوى المحلي والعالمي ، حيث يثر فضول الناس ودهشتهم وحيرتهم ، ولكن على المستوى العلمي الذي يبحث في أصول الظاهرة وأسبابها ، فإننا لا نجد الكثير الذي يغطي جوانبها بشكل تكاملي ، وإنما قد نجد رؤى مختزلة تصف تلك الحالات بشكل سطحي .

وقد بدأ المؤلف باستعراض حالة واقعية لازدواج الشخصية وانطلق منها لبحث ظاهرة الإنشقاق واستعرض تجلياتها والتي يمكن أن تكون طبيعية أو شبه طبيعية في بعض الحالات ، أو حيلة دفاعية في حالات أخرى ، وقد تكون نوعا من النشاط الإبداعي ، أو قد تشكل اضطرابًا نفسيا له أنواع شتى .

والإلتباس في هذه الحالات ليس متوقفا عند عامة الناس وإنما يمتد ليشمل المتخصصين ، ولهذا تمتد التفسيرات من كون ازدواج الشخصية تأثيرات للجن وأرواح متلبسة ، إلى كونها جزءا من الشخصية أو ذات من ذواتها . وقد استعرض المؤلف ببراعة وحيادية ومرونة كل الإحتمالات والتفسيرات (**المعقول منها وغير المعقول**) ، ولم يفرض على القارئ تفسيره الخاص وإنما تركه ليختار بحرية . ولكونه طبيبًا نفسيًا بارعًا فقد استعرض الجانب الطبي بكل تفصيلاته الدقيقة التي تحاول تفسير الظاهرة، ولكونه داعية ذا ثقافة إسلامية عالية فقد أورد النواحي الدينية والثقافية في الموضوع ، ولم يفت الكاتب أن يعترف بصعوبات وتحديات التشخيص والتداخلات التي تحدث فيه ومدى ثبات التشخيص من عدمه .

وتتبع نشأة الإنشقاق منذ الطفولة وبحث في علاقته بالخبرات الصدمية وأعطى صورة تكاملية للأسباب المتعددة لنشأة الإنشقاق حيث ربط الجانب الفسيولوجي في المخ بالصدمات والعوامل البيئية والإستجابات الأسرية والإجتماعية ، وإيحاءات المعالجين ودورها في حدوث وتنامي الإنشقاق .

وظاهرة الإنشقاق تبدو وثيقة الصلة باضطرابات نفسية أخرى مثل الجسدنة واضطرابات الشخصية الحدية والوسواس والإضطرابات

الوجدانية والفصام والإضطرابات الجنسية واضطرابات النوم .

ويتعرض الكتاب لقضية شائكة ومثيرة للجدل وهي "التلبس" (Posession) وعلاقته بالإنشقاق ، وهنا اختلطت الأوراق بين ما هو معتقد شعبي وما هو طبي وماهو شرعي ، وقد يلتبس الأمر على القارئ فيعتقد أن التلبس مفهوم علمي يمكن أن يناقش في المجال الطبي أو في المجال الديني ، ولهذا أتحفظ على هذا المفهوم وأحيل القارئ إلى كتاب "**السحر والحسد**" للشيخ محمد متولي الشعراوي ـ رحمه الله ـ .

واختتم الكتاب بالحديث عن علاج ازدواج الشخصية بشكل تكاملي جمع بين العلاج الطبي والعلاج النفسي والإجتماعي والروحي .

وأخيرًا فهذا الكتاب الذي بين أيدينا هو من الكتب القليلة ، وربما النادرة في الثقافة العربية ، التي تتعرض لظاهرة ازدواج الشخصية بهذا المنظور متعدد الجوانب ، وهو يثير من الأسئلة أكثر مما يعطي من أجوبة، وهذا مناسب جدًا لهذا الموضوع الذي مازال جزء كبير منه في المنطقة الرمادية التي تحتاج إلى مزيد من البحث العلمي الجاد للوصول إلى حقائق علمية قطعية ، والله نسأل أن يجعل في هذا العمل إفادة للناس ، وأن يجعل الجهد المبذول فيه في ميزان حسنات صاحبه .

دكتور / محمد المهدي

رئيس قسم الطب النفسي

جامعة الأزهر - فرع دمياط



مقدمة المؤلف

النفس البشرية لاتفنى عجائبها ولم لا وهي معجزة الخالق عز وجل وقد أقسم بها فقال ﴿ وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا ﴿٧﴾ ﴾ [الشمس : 7] ، ومن عجائب النفس البشرية ما يسمى « **بازدواج الشخصية** » وهو نوع من السمات الانشقاقية الكامنة فى النفس البشرية ولما تزداد تسبب خللاً وإعاقة شديدة ومرضًا يتطلب تدخلًا وعلاجًا .

والتصانيف فى الإزدواج نادرة ولا سيما من الأطباء النفسيين و باللغة العربية خاصة مع أن الإضطراب منتشر ولكنه لم يلق حظًا من الإهتمام اللازم لأسباب سوف نذكرها إن شاء الله فيما بعد ، وربما هذا من الأسباب التى دفعتنى لتصنيف هذا الكتاب وهناك أسباب أخرى منها:

إنتشار الاسم (الازدواج) على ألسنة العامة كلما حدث تغير فى السلوك وهذا من غير معرفة بحقيقته ، فإذا حدث تناقض فى التصرفات وتقلبات فى المزاج قالوا نعانى من إزدواج فى الشخصية ، وهذا التغير والتلون الشديد فى السلوكيات والمزاج من طبيعة النفس البشرية

يخلط العامة بين الفصام والمشتهر على ألسنتهم باسم «**انفصال الشخصية**» وبين الإزدواج مع وجود البون الشاسع بين الإضطرابين.

يشتهر فى مجتمعاتنا الشرقية والعربية الإعتقاد فى عالم الجن والأرواح وتلبس الأرواح الشريرة وتأثيرها على حياة الناس ، وهذا الموضوع يلامس إزدواج الشخصية أكثر من أى موضوع آخر.

ممارستى طيلة ما يقارب الثلاثين سنة المنصرمة أطلعنى على كثير من الحالات التي لم تكتشف أو أسئ فهمها وتشخيصها بينما تؤثر بشكل خطير على حياة الناس.

إزدواج الشخصية من أقل الإضطرابات فهمًا ومن أكثرها خفاءًا وأصعبها تشخيصًا وعلاجًا.

يشير علماء النفس منذ زمن بعيد أن من يفهم الهستيريا وهو (الاسم القديم للاضطرابات الانشقاقية ومنها الازدواج) ، يفهم الطب النفسى كله.

هذا الاضطراب له تأثير شديد على العلاقات مع الآخرين ولا سيما على العلاقات الخاصة والحميمية بين الأزواج وبين الأسر مما يتسبب فى إنهيار العلاقات الزوجية دون أن يشعروا.

الغرابة والخفاء والتلون فى هذا الاضطراب جعله شيقًا ومثيرًا للولع وجاذبًا للأذهان فى محاولة لفهم طبيعة المرض ومن ورائه طبيعة النفس البشرية.

علاج هذا الاضطراب يتطلب جهدًا ووقتًا طويلًا مع خبرة ودراية حيث أن الازدواجيين غامضون ويستسرون بأعراضهم ويظهرون بصورة طبيعية مع الناس فى كثير من الأحوال ، بينما الازدواجية تكمن داخل بواطنهم تتحين الفرصة للظهور.

وقد بدأت الكتاب بحالة شيقة من حالات الازدواج تثير الكوامن وتفجر التساؤلات ثم أتبعت هذا بتعريفات الازدواج المختلفة ضمن ذكر الاضطرابات الانشقاقية وهو الاسم العام للمنظومة كلها ، كان من الطبيعى أن أعطى فكرة عن الإنشقاق عمومًا وهو الاضطراب العام الذى يندرج تحته الإزدواج حيث ذكرت التصانيف التشخيصية

للاضطراب الانشقاقي الأمريكى منها والدولى. تحدثت بعد ذالك عن إحصائيات الانشقاق وبعض الدراسات الخاصة به ، ثم انتقلت إلى أنواع الإنشقاق المختلفة ثم الإختبارات المستخدمة لكشف الإزدواج مع ذكر الصعوبة البالغة فى إكتشافه أحيانًا ،ثم تحدثت عن طبيعة الشخصية المتبدلة أو المنشقة هل هى من الأرواح أو من النفس ، انتقلت بعد ذالك إلى التحديات والصعوبات التى تواجه التشخيص والاختلافات فى ثبوته وثباته ثم الأدوات والاختبارات الكاشفة للمرض ومن خلال الانتقال بين ثنايا الكتاب ألقيت الضوء على نشأة الانشقاق و النظريات التى تصف الأسباب "لازدواج الشخصية " النفسية منها والبيولوجية وعلاقة الدماغ ومراكزه بالاضطراب فى محاولة لفهم كيف ينشأ المرض وكيف تظهر الأعراض. ركزت فى هذه المرحلة على أشهر نظريتين لتفسير الإضطراب وهما نظرية الصدمات النفسية والنظرية الإجتماعية المعرفية وبينت نقاط القوة والضعف فى كل ، ذكرت بعد ذالك علاقة الصدمات بالجسدنة ثم بالجنس ، سلطت بعد ذالك الضوء على الفروق بين الازدواج وغيره من الاضطرابات مثل الفصام والوسواس والشخصية الحدية والتلبس الروحى مع التركيز على الفروق بين الرؤية النفسية والروحية للمرض، فى أثناء ذالك تحدثت عن الازدواج عبر الثقافات والعلاقة الوطيدة بين المنظور الثقافى والإضطراب الانشقاقى ، تخلل بين ثنايا الكتاب ذكر لبعض الحالات الواقعية التى تحكى الأعراض وتربط القارئ بالواقع.

وأخيرا : ختمت بذكر العلاجات المختلفة المقدمة لهؤلاء المضطربين.

هذا وليسامحني القرآء على استعمال بعض مصطلحات علم النفس الصعبة أو بعض التفاصيل الطبية المتخصصة، فقد قصدت أن ينتفع بالكتاب المتخصصون وغير المتخصصين .

حالة نادية

نادية (الاسم المستعارلها) فتاة ذات الخمسة عشر عامًا فى الصف الثالث الاعدادى . ظهر منها أعاجيب حولت أسرتها بل وأسر الجيران المحيطين إلى أسر ليس لهم أحاديث إلا نادية وماظهر عليها وما حدث منها وما يتكلم عليها ، هذا مع أنها الأخت الصغرى لإخوتها الاثنين ، الأسرة في حيرة مع الفتاة الصغيرة والتى كثيرًا ما تصرخ ويغمى عليها وتنطق عليها شخصية أخرى تتحدث معهم وتكلمهم كما يكلم بعضهم بعضا. هذه الشكوى من أسرة نادية عمرها سنة أو أكثر ووقتها لم يكن هناك هذا الزخم الاعلامي والبيئى الذى يتحدث صباح مساء عن الجن والمس والسحر ، جاء الاخوة يستفتون ويسترشدون ويطلبون العلاج للفتاة الصغيرة والتى كثيرًا ما تنفرد فى حجرتها تلعب مع عروستها الصغيرة وتكلمها بالساعات ، وأحيانا تأكل بشراهة ثم بعد ذالك تقول"مكلتش أنا جعانة" وتأكل كأن لم تأكل منذ قليل - كثيرًا ما تشكو من الصداع وآلام فى جسدها ثم تختفى - تمكث نادية معهم وليست معهم بل فى سرحان وشرود تحتاج الى من يزعها ويوقظها بينما هى حاضرة معهم بجسدها وفاتحة عينها ولكنها أشد غيابًا من الموتى والغائبين - لما كانت تتعرض نادية للضغط النفسى أو العراك من الأسرة تصرخ بشدة ثم يصيبها الإغماء والغيبوبة وأحيانًا أثناء الغيبوبة تتمتم بكلمات (انا بحبها - ابعدوا عنها - تحبوا أأذيها لكم) ويصبح عندها قوة غريبه ، ثم تفيق دون ان تذكر شيئًا من ذالك ، ذكر الأسرة أيضًا أن النسيان شكوى أساسية ومتكررة

من نادية حيث تنسى أحداثًا هامة جدًا لا تنسى فتنسى حضور أشخاص او زيارات عائلية أوأحداثًا مؤلمة تسقط من ذاكرتها ، تشكو أيضًا نادية من كوابيس وأحلام غريبة .

لما خوطبت وسئلت نادية عن شكوتها نفت كل شئ عدا الصداع الشديد والآلام.

الحوار:بعد السؤال عن التاريخ الشخصي والعائلي لنادية،جاء هذا الحوار:

الطبيب : بماذا تشتكى يانادية.

نادية : "صداع شديد بعيط منه" .

"وايه تانى : مفيش بس هما بيقولوا حاجات بعملها انا معملتهاش وكلام ماقلتهوش وحاجات مش فاكراها."

دخلت نادية فى حالة سرحان شديد وصمتت وكأنها مش معانا ، تم رفع الصوت حتى ترد نادية وتسمع وتجيب.

الطبيب :"سرحت فى ايه يانادية."

نادية : "فى ولا حاجة ودايماً كده الاقى وقت كتير مضى مش عارفة فى ايه وأنا قاعده مكانى ، وساعات أحس انى فى حلم والدنيا مش حقيقية حولى."

الطبيب : كيف حال مزاجك يا نادية.

نادية : "متقلب جدا ساعات كده وساعات كده."

الطبيب : وكيف حال جسمك .

نادية : دايماً صداع وآلام فى الظهر والمفاصل والبطن.

الطبيب : وذاكرتك يا نادية.

نادية :"فيه حاجات ذاكرتى فيها حديدية وحاجات مهمة نسيان تام بتسقط من ذاكرتى".

الطبيب : وعلاقاتك يانادية.

نادية :"ساعات كتير أحس الأسرة مش بيحبونى وساعات ألاقى شكلهم وحش اوي زى العفاريت أخاف منهم."

الطبيب :"وزمان يا نادية وانت فى الابتدائي فاكرة أحداث حلوة ولا مؤلمة."

نادية :"كتير مشاكل بين ماما وبابا وبابا كان فى منتهى القسوة معنا واترعب منه لما يزعل ويتعارك معانا واجرى تحت التربيزة."

الطبيب : "وبتحبى الخلطة ولا الوحدة."

نادية : "لا الوحدة وحتى لما اختلط أحس لوحدى وسرحانه ومش معاهم واقفل الغرفة واضلمها واتكلم مع نفسى والاقى حاجة جوايا ترد عليه وتكلم معايا نفس صوتى. "

الطبيب :"وهل بتشوفى حاجات بتخوفك ."

نادية :"أيوه ساعات أشوف أشكال الناس مش شايفاها بتخوفنى لما أسرح أشوف واحده شبهى بالضبط بتبص عليه وتضحك وساعات أشوفها فى المرايا بتعمل حاجات فى المرايا أكون مش بعملها أصل انا بحب المرايا جدًا دى صاحبتى ، مرة كنت عطشانه لقيت ايد سوداء كبيرة وضوافرها كبيرة ماسكة كوبايا حديد متقدمالى فاترعبت ودورت وشى."

الطبيب :"وساعات تسمعى كمان حاجات بتخوفك!" .

ناديه :"أيوة أسمع صوت همس جوايا نفس صوتى يكلمنى ويدافع عنى لما حد يزعلنى وساعات يقوينى ."

وفجأة سرحت نادية وجاتها شبه غيبوبة تغيرت على إثرها ملامح وجهها ونظرات عينها ، نظرات حادة ، زوغان فى العين ، صوت بنبرة مختلفة صعيديه ، عين معظمها بياض .

الطبيب : ما لك ياناديه .

ناديه :"انا مش ناديه انا ماريانا أنا بحبها أنتم عايزين منها ايه أنا صاحبتها لو مش هتبعدوا أنا هأذيها انا ممكن أموتهالكم انا معاها من زمان أنا بحميها منكم ، انا عايزاها لوحدها بس مش عايزة حد معاها."

بعد برهه من الزمن أفاقت نادية ورجعت لشكلها الطبيعى وشخصيتها الأصلية.

الطبيب : ما لك يا ناديه .

ناديه :"مفيش حاجة يا دكتور سرحت شويه ، آه جسمى كله واجعنى مكسر جدًا متأسفه يا دكتور أنا هادخل أنام مش قادرة أكمل ، سلام عليكم."

إنها حكاية حقيقية وقصة من واقع الحياه لهذه الفتاة سنجعلها -إن شاء الله- بوابتنا للدخول فى موضوعنا ، يا ترى ما الذى عند ناديه ، هل تعانى من إزدواج فى الشخصيه – هل تعانى من تلبس روحى كما يدعيه العامة! الاجابة فى صفحات الكتاب! .

تعريفات : هل ازدواج الشخصية اسم صحيح؟، وما معناه؟، وما حقيقته؟

الاسم الحديث :

هو تعدد الذوات الانشقاقي أو تعدد الشخصية الانشقاقي ؛ حيث أنه قد يكون هناك أكثر من شخصيتين منفصلتين عن الشخصية الأساسية فليس الازدواج اسماً دقيقًا حيث يعبر عن وجود شخصيتين فقط وهذا الاسم لا يناسب كل الأحوال . فالاسم الدقيق هو إنشقاق الشخصية أو تعدد الشخصية . هناك من يسميه " اضطراب الهوية الانشطاري " يملك المصاب به هويتين أو شخصيتين – وقد يصل العدد الى العشرات !ـ لكل واحدة أسلوبها الخاص بها في السلوك والادراك والتفكير والتاريخ الشخصي والعلاقة بالآخرين.(د.وائل فاضل على) .

الانشقاق = الانفصال :

والتعريف الأقرب للواقع للانشقاق هو : حالة الانفصال عن الذات ، عن العالم ، عن المشاعر ، عن الذاكرة وعن الآخرين .

أو بمعنى آخر: هو تحول من ذات أو من شخصية أو من حالة إلى أخرى بسلوكياتها وبمشاعرها وبذاكرتها وأحيانًا بلغتها .

وحتى الاسم الحالي « اضطراب الذات الانشقاقي » ليس دقيقًا لأنه لم يصف التعددية .

كلنا ازدواجيون :

عندما تعامل من تحب من أولادك وأصدقائك وأحبابك بأسلوب طيب فإذا نزلت إلى الشارع تعاملت مع الآخرين بأسلوب آخر . تهاجم

الآخرين وتغض الطرف لاشعوريًا عن المقربين ، يقول د / عبد الكريم بكار في كتابه « نحو فهم أعمق للواقع الإسلامي » : إن الظروف السيئة التي يحياها أكثر المسلمين على المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي تجعله في نوع من المحنة الدائمة ، فالمنظومات المكونة لكينونته ليست في حالة وئام مرضي . والامتثال الاجتماعي يفرض عليه تصرفات ومواقف ليس لها رصيد في قناعته . وظروف الحياة المختلفة تجعل تطلعاته وحاجاته أكبر من الإمكانات المتاحة لتلبيتها ، ونتيجة لكل ذلك فإنه يسوغ لنفسه السلوك المزدوج ، فالعامل يعمل إذا كانت عليه رقابة ، وهو يكيل المدائح لرب العمل ، ويظهر الحرص عليه كلما كان موجودًا فإذا غاب اختلف كل شيء . والدور النموذجي للأستاذ إنما يكون عند وجود الموجه والمفتش وهكذا .... ، وعدم تكافؤ التربية المنزلية مع الضبط الاجتماعي العام أدى إلى أن يكون لكثير من الناس سلوكان خيرهما ما كان أمام الناس ، فيظهر المجتمع وكأنه يرتدي حلل العافية على حين أن الأمراض والأوبئة المختلفة تفتك به ! .

لقد أسهم هذا الوضع بصورة كبيرة في عجز المجتمعات النامية عن الإحساس بمشكلاتها بصورة صحيحة حيث التلون الدائم في كل شيء، كما أدى إلى ازدراء الإنسان لنفسه حيث يشعر بالجبن والضعف عند المواجهات الجادة (نحو فهم أعمق للواقع الإسلامي للدكتور/ عبد الكريم بكار) .

ومن خلال كتابنا سوف نستخدم لفظ الانشقاق أو الإنفصال بدلًا من الإزدواج لدقته فى التعبير عن التعددية.

الإزدواج أو الانشقاق قد يكون طبيعيا :

* هل تأملت وأنت تقود السيارة عائدًا إلى منزلك محملًا بهموم اليوم ومشاكل العمل وبجوارك بعض الأولاد يصول فكرك ويجول في المشكلات اليومية وتمر على علامات في الطريق وربما على حوادث وكأنك لم ترها وبعدها يذكرك ابنك الذي بجوارك بها قد مررت عليه وباستغراب شديد تقول له لم أر هذه الأشياء . هذا نوع من انفصال أو انشقاق ولكنه طبيعي .

* هل جلست مرة وتملكت منك أحلام اليقظة والأمنيات المستقبلية الوردية أو مناظر الرحلة السعيدة التي قمت بها ووجدت نفسك قد ذبت في هذه الأحلام بينما زوجتك تحاورك في أمور المنزل وأنت لا تكاد تسمعها فتغضب منك وتحاول إرضاءها وتطلب منها إعادة ما كانت تحادثك فيه . هذا نوع من الانشقاق والانفصال الطبيعي الذى يحدث يوميًا .

* هل تتأمل الجالس أمام التلفاز وهو يشاهد مباراة حماسية أو فيلمًا شيقًا كيف ينفصل عمن حوله حتى وكأنه غائب تمامًا لا يشعر بمن دخل أو خرج ولا بضيف نزل ولا بحوار أبنائه حوله . هذا نوع من الانفصال أو الانشقاق ولكنه طبيعي .

* كثيرًا ما تأتي المرأة للعيادات النفسية تشكو من أن بها ازدواجًا في الشخصية وذلك لأنها تتصرف مع أولادها بطريقة عنيفة للغاية في نفس الوقت يكاد قلبها ينفطر عليهم إذا أصيبوا بمكروه – وامرأة أخرى محبة لزوجها وأولادها ولكنها لا تستطيع التخلي عن عشيق لها تمارس معه الجنس وفي نفس الوقت وبعد انقضاء تلك المواقعة تستنكر من نفسها

ذلك وترى أنها ليست من نساء بياعي الهوا كما يقال وتأتي تشكو بزعمها من ازدواج في الشخصية .

الانفصال كحيلة دفاعية: Dissociation as a defense mechanism

كلنا نستخدم الانفصال لحماية مشاعرنا وللتخفيف من الآلام التي تنزل بنا ، ولعزل أنفسنا أحيانًا عن الخطر المحدق بنا .

قد يكون الانفصال أحيانًا تكيفيًا منقذًا لنا من أزمات عصبية حيث أن نسيانك للحادث المؤلم ولتفاصيله يحميك من ذكرياته المؤلمة .

وأحيانًا يُرى الانفصال على أنه نوع من التنويم الإيحائي للذات حيث أن القابلية للإيحاء والانفصال متعلقان ببعض .

الانفصال والسن :

الأطفال أكثر قابلية للإيحاء من الكبار وأكثر قابلية للانفصال والانشقاق والتعدد - وهذا الانفصال ربما تراه عندما يمر الطفل بتجربة مؤلمة جدًا ثم سرعان ما ينفصل عن هذا الحدث المؤلم والمشاعر الحزينة ويفرح بلعبة تعطى له أو استرضاء يقدم له . كلما زاد السن كلما قل الانفصال ونقصت القابلية للإيحاء إلا في بعض الحالات الاستثنائية المرضية .

من هنا يرى الكثير من علماء النفس أن الانفصال حيلة دفاعية غير ناضجة.

الانفصال الابداعي :

* هل رأيت ممثلاً يتقن دوره ويتقمص تمامًا دورًا آخر فينفعل بصورة حقيقية ويبكي بدموع حقيقية وكأنه ذلك الرجل الذي يمثله وربما تنفصل

أنت معه حين تشاهده وتذهل عن نفسك وجسدك وعمن حولك ؟.

* هذا الشاعر الذي تتملكه المشاعر الصادقة ويذوب فيها ويغرق في أحلامه وخياله وينسى جسده ونفسه فيخرج بقصيدة إبداعية .

ولكى نتبحر أكثر فى التعدد الإنشقاقى لابد من أخذ فكرة عن الإنشقاق عموما والذى الإنشقاق التعددى جزء منه.

الانشقاق حسب التصنيف الدولى العاشر (ICD – 10) هو فقد كامل أو كلى للتكامل الطبيعى بين ذاكرة الماضى وادراك الذات والاحساس والسيطرة على حركات الجسد. (Kaplan and sadock 1998) .

ديل(Dell 2002) حدد واحدًا وعشرين وصفًا اكلينيكيًا للانشقاق وهم:

1ـ مشاكل فى الذاكرة.

2ـ فقد الإنية.

3ـ فقد الواقعية.

4ـ الإغماء.

5ـ الارتجاع.

6ـ أصوات داخلية طفولية.

7ـ أصوات اضطهادية داخلية.

8ـ أصوات داخلية تعليقية.

9ـ أصوات داخلية نقاشية.

10ـ أفكار مركبة مصنوعة.

11ـ مشاعر مركبة مصنوعة.

12ـ أفعال أو حركات مركبة "مصنوعة".

13ـ مؤثرات على الجسد.

14ـ أفكار مقتحمة.

15 ـ أفكار منسحبة.

16ـ أعراض جسدية تحولية.

17ـ ذوبان الذاتية.

18 ـ تجارب اضطراب فى الذاتية مقلقه.

19ـ فقد الزمن.

20ـ توهان و ذهول.

21ـ وجود دلائل على تصرفات لايتذكر كيف ومتى حدثت.

(Merkel 2003)

علاقة الانشقاق بالكبت:

يرى الانشقاق على أنه حاجز رأسى أما الكبت فهو حاجز أفقى للنفس البشرية ، يعتبر الكبت نسيان لا إرادى لا شعورى للأحداث المؤلمة والذى يمكن أن يستدعى اذا زال القلق المحيط بالموضوع.

. (Siemeon etal 2002)

الانشقاق يختلف عن الكبت فى الآتى:

1ـ المادة المنشقة تخزن على أنها غير محولة ومنفصلة أما المادة المكبوتة تخزن على أنها متنكرة أو مقنعة.

2 ـ المادة المنشقة – يمكن استرجاعها مباشرة بينما المادة المكبوتة مقلقة وتحتاج ترجمة وحل لرمزها داخل النفس البشرية.

3ـ المادة المنشقة غالبًا تحتوى على تجارب منفصلة بينما المادة المكبوتة متراكمة ومقترنه بكثير من التجارب الأخرى.

4ـ الانشقاق أكثر ارتباطا بالصدمات المؤلمة بينما الكبت مرتبط أكثر بالمخاوف والرغبات.

ويكون الكبت أحيانًا شعوريًا (Suppression) وهى عملية نسيان إرادى واخماد للمؤلم من الذاكرة (Siemeon etal 2002) .

احصائيات الانشقاق:

تمثل الاضطرابات الانشقاقية 5 ـ 10٪ من المجتمع والنسبة تزداد إذا بحثت عن الاضطرابات الانشقاقية وسط الاضطرابات النفسية الأخرى. أظهرت دراسة فى تركيا (اسطنبول) أن 18٪ من المشاركين كان لديهم اضطرابات انشقاقية أثناء عمرهم (Sar V 2007) .

فى العالم الغربى الانشقاق ليس نادرا ولكن لم يلق الاهتمام اللازم ، ومظاهر الانشقاق لها عدة مصادر منها:

(1) احصائيات من المجتمع عموما:

فى بعض الإحصائيات وباستخدام مقياس التجارب الانشقاقية كان

حوالى (10) من (1000) حالة تعانى من الانشقاق وفى دراسات اجتماعية عدة باستخدام نفس القياس وجد أن النسبة المئوية حوالى 3٪ وهؤلاء قد أظهروا درجات عالية تزيد عن 30 درجة من التجارب الانشقاقية وهو ما يعد علامة على وجود الانشقاق. (Seedat et al 2003).

(2) دراسات الصدمات النفسية:

أظهرت دراسات آثار الزلازل فى الولايات المتحدة (1989) أن هناك ما يقارب من 40٪ من العينة كانوا يعانون من أعراض انشقاقية وظلوا لمدة بضعة أشهر يعانون منها والى الشهر العاشر وجد أن هناك 15٪ ما زالوا يعانون من هذه الأعراض.

هذا وجدير بالذكر أن الانشقاق فى وقت الصدمة النفسية مقدمة لظهور اضطرابات ما بعد الصدمات (PTSD) على المدى البعيد (Van der 1996).

ومن الجدير بالذكر أن بعض الإحصائيات أشارت إلى أن القابلية للايحاء (Suggestibility) والاستعداد للخيال الجامح لهم علاقة طردية مع درجات اختبار الانشقاق و بمعنى آخر كلما زادت هذه السمات النفسية كلما زاد الانشقاق ، وهذا يثبت أن الانشقاق نظرية للسمات (Trait phenomenon) وهذا لا يعنى أن الصدمات ليس لها دور فى الانشقاق ولكن دورها لا يكفى فقط لحدوث الانشقاق ولكن لابد من سمات معينة فى الشخص كالسمات المذكورة سابقا.

(3) الوراثة:-

ترتبط الوراثة ببعض العوامل الشخصية مثل الاضطراب الذهانى،

وعدم الاتزان العاطفى أو الانفعالى ، وكل هذا يشير إلى أن القابلية للانشقاق مرتبطة بالسمات الوراثية المرتبطة بالعوامل النفسية فى شخصية المريض.

(4) النظرية النفسية الديناميكية :-

حيث يعزى الانشقاق إلى تجربة انفعالية شديدة كالعاصفة لا يمكن الهروب منها وتؤدى إلى نكوص إلى حالة من اختلال فى درجة الوعى. (Gilmore 1990)

(5) القابلية للتنويم والايحاء .

القابلية للايحاء والتنويم + الصدمات = أعراض انشقاقية ، يستخدم مفهوم الايحاء الذاتى أو التنويم الذاتى(autohypnosis)) لتفسير العلاقة بين الانشقاق والصدمات حيث يوحى الشخص لنفسه بشدة بما يخفف من وطأة الصدمة ويساعده على الهروب منها ، وهذا يفسر ما يشاهد أثناء جلسات التنويم المغناطيسى أو العلاج الروحى حيث يدخل الشخص المنوم فى حالة من الغيبوبة الجزئية وهذا نوع من الانشقاق. وكلما زادت نسبة حدوث ودرجة حدوث الايحاء أو التنويم الذاتى عند الأشخاص كلما زادت درجات الانشقاق عندهم والعكس صحيح. (Gilmore 1990)

(6) النظرية الفسيولوجية :-

تفترض هذه النظرية أن هناك قابلية عصبية لدى مرضى الانشقاق ، وأن الانشقاق له علاقة بالخلل فى القرن الدماغى (Hippocampus) ويؤدى إلى خلل فى الذاكرة وهو عنصر أساسى فى عملية الانشقاق.

(7) النظرية الاجتماعية المعرفية:.

وهذه سنتناولها لها إن شاء الله بالتفصيل عندما نناقش الاضطرابات الانشقاقية التعددية (DID).

أنواع الاضطرابات الانشقاقية:

1- اضطراب الذاكرة (النسيان النفسى):

وهو فقد مفاجئ للذاكرة الخاصة بمعلومات خاصة وليس بسبب النسيان العادى و ليس بسبب مرض فى المخ ، ويعد من أشهر أعراض الانشقاق ويزداد فى النساء عن الرجال ، وغالبا هذا النسيان يشتمل على فقد الذاكرة الخاصة والشخصية مع بقاء الذاكرة والمعلومات العامة وهذا عكس الضمور أو الفشل المخى/ المشتهر لدى المسنين (Dementia)، والنسيان له أنواع فمنه ، نسيان محدود (خاص بأحداث معينة لفترة محدودة) ، نسيان اختيارى (نسيان لبعض الأحداث فى فترة معينة وليس لكلها) ، نسيان عام(نسيان كل الفترة السابقة من العمر) ، نسيان مستمر (نسيان لأحداث مرتبطة بحادثة معينة ومستمرة وتتضمن أيضًا أحيانًا الزمن الحالى).

يحدث النسيان النفسى دائمًا عند وجود انفعالات شديدة وصراعات نفسية قوية وحالة لا يمكن للفرد أن يهرب منها ، هذا وحالة النسيان هذه يسبقها حالة صراع واختلال بسيط فى درجة الوعى أو حرمان من النوم والعجيب أن الشخص لا يشعر بأنه فى هذه الأحداث إلا اذا واجهه شخص آخر بها.

وجدت الدراسات أثناء الحروب أن 8٪ من الجنود يشتكون من

النسيان فى ما يسمى (بعصاب المعارك).

هذا و النسيان النفسى لابد أن يفرق بينه وبين الاضطرابات المعرفية العضوية مثل الفشل المخى والغيبوبة العضوية وكذلك فقدان الذاكرة عقب الصدمات بالرأس وكذلك نوبات الصرع والصداع النصفى وتسمم الادوية والمخدرات واصابات الكبد والكلى الشديدة المؤثرة على الدماغ ودرجة الوعى.

وأحيانا هذا النسيان النفسى قد يكون فى صورة نوبات تستغرق من يوم إلى بضعة أيام وأحيانا يكون مزمنا (coons 1998). وهذا النسيان النفسى قد عرف منذ زمن بعيد حيث أكد فرويد على أهمية تلازم الهستيريا (الاسم القديم للاضطرابات الانشقاقية والتحولية) للاضطرابات التذكرية معتبراً إياها أساساً فى تشخيص الهستيريا ، ويري فرويد أن عمليات الكبت المؤدية الى الهستيريا تترك بصماتها واضحة على ذاكرة المريضة (سيكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية - حالة دورا بين فرويد ومارتى 1990).

فتاة لا تتذكر أنها مكتوب كتابها:

حضرت الفتاة ذات العشرين عاماً العيادة بشكوى غريبة جداً وهى أنها مكتوب كتابها من حوالى سنة ولكنها لاتتذكر تماماً هذا الحدث الهام ومع سؤال الأهل والمريضة تبين أن الجدة قد ماتت قبل كتب الكتاب بشهر وكانت صدمتها فى جدتها شديدة جداً ، مرت الأشهر وفى نفس الموعد يفاجأ الأهل وهم يحدثونها عن زوجها وإذا هى لاتذكر أنها متزوجة أصلاً ، وبسؤال المريضة قالت «هم يقولون إننى مكتوب كتابى

لواحد بيقولوا اسمه أحمد بيجيلي ولكن أنا مش فاكراه ولا فاكرة يوم كتب الكتاب ولا الفرح اللى عاملوله ، مش عارفة هتزوج إزاى ، آخر حاجة فاكراها إن جدتى ماتت».

2ـ الشرود أو التوهان النفسى «الانشقاقى»

ويتميز بوجود نسيان + سفر + تقمص شخصية أخرى ، هذا ويكون السلوك أثناء الشرود طبيعياً وهذا الشرود نسبته قليلة بالنسبة لغيره من الاضطرابات الانشقاقية.

وتشبه أسباب الشرود أو التوهان النفسى أسباب النسيان النفسى من ناحية علاقتها بالصدمات النفسية الشديدة والتجارب الشعورية المؤلمة. (Kaplan 1998) .

مراحل الشرود أو التوهان النفسى الانشقاقى:

* مرحلة اختلال فى درجة الوعى وقد يصاحبه امتلاء الذهن بشكوك معينة.

* فقد للذاكرة مع اصطحاب شخصية أخرى تخرج بعيدا عن المنزل ولكن تتصرف بسلوكيات طبيعية.

* رجوع فجائى للهوية أو الذاتية مع نسيان تام للمراحل السابقة ويفاجئ المريض أو تفاجئ المريضة بأنها خارج المنزل لا تتذكر كيف خرجت ومتى ارتدت هذه الثياب وكيف وصلت إلى هذا المكان الذى هى فيه الآن. (Gilmore 1990) .

«فجأة تقول معرفكمش»:

جاءت المريضة، تقول أمها إنها فجأة تقول « معرفكمش وتسيب البيت منعرفش بتروح فين والناس يشوفوها بره وهى مش عارفاهم وكأنها واحدة تانية و ناكراهم، وتيجى من بره بعد ساعات، وفى البيت فجأة تتقلب واحدة تانية تتكلم بكلام واحدة تانية، وتعيط وتصدع وتقول بشوف واحد اسمه رشاد يجينى فى الغرفة ويتكلم معايا وبعد كده أصدع وأنام ولما نواجهها بكلام تقول محصلش وساعات تبقى عدوانية جداً، وفجأة نلاقيها مختلفة فى الشكل وتحط مكياج وتلبس لبس غريب وتتكلم بلهجة سعودية وهى أصلاً متعرفش تحط مكياج». وبسؤال المريضة قالت: « ناس بتقوللى إنت قاعدة معانا وانا معرفهمش، وماما دى أنا عارفاها من ثلاثة أيام معرفش إذا كانت ماما ولا ولا، وبشوف واحدة عينها خضراء وشعرها طويل وذهبى، وبقميص نوم - بعد كده طلعتنى الحج وده فى الحلم وصحيت من النوم لقيت ايدى كلها رمل»

3ـ اضطراب أو فقد الإنية:ـ (Depersonalization)

هو اضطراب فى إدراك الذات مع فقد مؤقت وسريع للذاتية أو اهوية و مع خلل فى إدراك الشخص لنفسه وشعور بأنه خارج هذا الجسد أو يشاهد نفسه بعيدا عن جسده ولا يسيطر على أفعاله وبمعنى مختصر يشعر أن النفس أو الذات غير موجودة أو غير حقيقية أو أنه فى حلم ونفسه غريبة عنه.

4 ـ اضطراب اللاواقعية:ـ (Derealization)

يشعر المريض بأن الأحوال حوله غير حقيقية والعالم حوله غريب عليه.

وهذه الشكوى قد تحدث أحيانا كجزء من بعض الأعراض الأخرى مثل آثار المخدرات وغيرها من الأمراض النفسية ، وأحيانا تحدث ضمن الاضطرابات الذهانية.

في حالات فقد الواقعية كمرض مستقل لا يلاحظ اضطراب في اختبار الواقعية (Reality testing) وهذا الاضطراب في الحقيقة مزعج جدا وغير متناغم مع الذات وقد يؤدي إلى الانتحار ، وعلى العموم فان وجود هذه الشكوى فقط نادر الحدوث أما ضمن أعراض أخرى فكثير ، هذا و مدة حدوث العرض غالبا مؤقتة و المزمن منها نادر والحمدلله . (Coons 1998).

5 ـ الاضطرابات الانشقاقية (تعدد الشخصية الانشقاقى) :

الصفات التشخيصية لتعدد الشخصية أوتعدد الذوات « التصنيف الأمريكي الرابع »

Iـ شخصيتان أو أكثر كل منهما تتولى السيطرة على الجسم في وقت من الأوقات .

IIـ خمس صفات مميزة :

1) فقدان الذاكرة « لبعض الأحداث » .

2) شعور بفقد الشخصية أو الإنية .

3) شعور بتغير الكون من حوله .

4) ذوبان الذاتية .

5) تغير في الذاتية .

فقدان الذاكرة هنا لأحداث أو لمعلومات شخصية هامة يبعد أن يكون ضمن النسيان الطبيعي .

III- أعراض بسبب الايحاء التلقائي للنفس ، أعراض شبه ذهانية مثل أصوات تسمعها المريضة أو المريض تمثل الذوات أو الشخصيات الأخرى.

IV- كثيراً ما يشتكى هؤلاء المرضى من أعراض جسمانية سببها نفسي.

V- كل ما سبق ليس بسبب مرض طبي أو تعاطي مخدرات أو أثناء فترة الطفولة حيث في هذه الفترة التعدد أو الانشقاق أقرب للطبيعية.

يكمن المرض هنا فى الفشل فى التكامل لا فى المحتوى. (Spiegel 1994) (Vemetten E et al 2006).

(ديل) يقدم منظوراً جديداً للإنشقاق التعددى للذوات:

يرى ديل أن التصنيف الأمريكي قاصر فى رؤيته لانشقاق الذات حيث يختزل الأعراض فى أن هناك تحولاً من شخصية الى أخرى لها هويتها بينما الشخصية الأصلية لا تتذكر هذا تماما، بينما يرى ديل أن هذا التصنيف يحذف كثيراً من الظواهر الانشقاقية. وقد كشف ديل بهذا النموذج الجديد قصور التصنيف الأمريكى الرابع والمراجع وأصبحت النماذج الواصفة للانشقاق التعددى ثلاثة: نموذج التصنيف الأمريكى الرابع (تعدد شخصيات + إنتقال من ذات الى أخرى + نسيان) ، نموذج ديل الذاتى والذى يصف ظاهرة الانشقاق فى هؤلاء المرضى، النموذج الإجتماعى المعرفى (sociocognitive).ويرى ديل أن التصنيف الأمريكى يضيق النظرة للانشقاق الذاتى حيث يختزله إلى اضطراب ذوات وفقط أما رؤية ديل

فتقدم ما يسمى بالمقتحمات الانشقاقية (dissociative intrusions) والتى تقتحم كل جوانب المنظومة الادارية (executive function) والاحساس بالذات (self) sense of. وبهذا المنظور فان نموذج ديل يتضمن نموذج التصنيف الأمريكى والعكس غير صحيح. أما النموذج الاجتماعى المعرفى فانه يزعم ان تعدد الذوات من صنع المجتمع أو من صنع المعالجين.

ظواهر الانشقاق لدى مرضى الانشقاق التعددى:

Dissociative phenomena of dissociative identity)
: (disorder

أثبتت الدراسات (من8ـ32) وجود ثلاثة عشر عرضاً انشقاقيًا فى تعدد الذوات الانشقاقى لا يقر بها التصنيف الأمريكى الرابع وسمى هذا النموذج بالنموذج الذاتى الظاهرى (subjective & phenomenological model) وهذا النموذج يثبت وجود أعراض ذهانية مثل الهلوسة السمعية والبصرية وأعراض شنيدر (Schneider first rank symptoms) ومع ذالك لا تتبع الذهان وإنما هى انشقاقية فى طبيعتها . (Dell 2001 ، 2006) .

وهذه الاعراض هى:

1ـ أعراض متناغمة مع الانشقاق:

(straightforward dissociative Symptoms)

* **النسيان:** وهو من أعراض الإنشقاق المرضى فى إختبار التجارب الانشقاقية.

* **أعراض تحولية** : **(conversion)** وهذه الأعراض مصنفة فى التصنيف الأمريكى تبعاً للأعراض شبه الجسدية (somatoform disorder) بينما التصنيف الدولى العاشر يصنفها تبعاً للأعراض الانشقاقية.

* **الأصوات** : (**Voices**)وهذه الأصوات تسمع فى الأذن وليست معانى موجودة فى الدماغ ، ولكن هذه الأصوات يعزيها المريض للضمير أو القرين أو يقول هذا أنا وهذا التفسير مختلف عن تفسير مرضى الذهان لهذه الأصوات.

* **فقدان الشخصية** (Depersonalization) وهو من أعراض الانشقاق فى التصنيف الأمريكى ولكنه لم يذكره ضمن الانشقاق التعددى.

* **الغشية** (Trance states) وهو إختلال فى درجة الوعى وعدم تجاوب مع المحيط الخارجى.

* **تغير النفس أو الذات** (Self - alteration) وهى من الأعراض المشتهرة فى الانشقاق التعددى وهنا لايراد بها الانتقال من ذات إلى أخرى وإنما تغير مفاجىء غريب عن الذات غير قابل للتغيير ساعتها. هذه الأعراض تشبه فقدان الشخصية ولكنها غير مطابقة للفقدان العام والغربة التى فى فقدان الشخصية.

* **ففدان الواقعية** (Derealization) وهى من ضمن أعراض الانشقاق المرضى فى اختبار الانشقاق المرضى.

* **الوعى بوجود الشخصيات الأخرى** (Awareness of other personalities) وهذا مألوف لدى مرضى تعدد الذوات حيث

يسمعون أو يشاهدون بعض الشخصيات تتحدث أو تعمل بينما هم غائبون. كثير من الأطباء النفسيين يعتقدون خطئاً أن "فى هؤلاء المرضى" لاتشعر الشخصية بالشخصية الأخرى ، وهذا الافتراض الخاطئ يقره التصنيف الأمريكى والذى ربما ينفى التشخيص التعددى إذا شعرت شخصية بما تفعله أو تقوله الشخصية الأخرى.

* **تشوش الهوية** (identity confusion) وهو من أعراض الانشقاق عموماً ولايذكره التصنيف الرابع ضمن تعدد الذوات المرضى.

* **الذاكرة الإسترجاعية** (flashbacks) وهذا مشتهر لدى تعدد الذوات وكرب ما بعد الصدمة والمرضان كثيراً ما يجتمعان.

* **أعراض انشقاقية شبه الذهانية :**

(dissociative- psychotic_like symptoms)

كثير من الباحثين فى الثمانينيات اكتشفوا أن كثيراً من مرضى تعدد الذوات يشخصون على أنهم انفصاميون.

. (Bliss ،1980 1986 Bons 1991)

وبالتالى حاول هؤلاء التركيز على الأعراض المتشابهة فى المرضين ومنها:

1ـ الهلوسة السمعية:

وهى إما سماع أصوات الشخصيات أو الذوات الأخرى - الجزء السمعى للأصوات المرتجعة (الارتجاع الانشقاقى (Dissociative flashbacks) - هلوسة سمعية حقيقية ، وتؤيد الدراسات وجود هذه الأعراض لدى هؤلاء المرضى (أصوات الشخصيات الأخرى)

وهذه الأعراض قد أهملت فى التشخيص الأمريكى الرابع ، وتفسير هذه الأصوات لدى هؤلاء المرضى هو "تريد الذات التى ليست تحت السيطرة أن تصل الى الوعى عن طريق إصدار بعض الأصوات. (American Psychiatric Association 2000) .

2ـ الهلوسة البصرية:

وهذه الهلوسه لها أنواع منها: رؤية الشخصيات الأخرى فى العقل أو الخارج - الجزء البصرى فى الارتجاع الانشقاقى - هلوسة بصرية حقيقية ، هذا ويري البعض أن الانشقاق والفصام قد يجتمعان وهذه الهلوسة قد تحدث فيها يسمى بالذهان الانشقاقى التفاعلى (Reactive dissociative psychosis) وأيضاً تفسير هذه الهلوسة البصرية هو " تحاول الذات التى ليست تحت السيطرة الوصول إلى الوعى باصدار هلوسة بصرية". (American Psychiatric Association 2000)

3ـ أعراض شنيدر (Schneider - first rank symptoms)

أظهرت أربع عشرة دراسة حدوث هذه الأعراض فى مرضى تعدد الذوات ، مع أنها من الأعراض المشخصة للفصام (Berger 1994 ، Yargic 1998 ، Middleton 1998). وهذه الأعراض هى: « أصوات يسمعها المريض تتناقش مع بعضها - أصوات تعلق على الشخص - مشاعر/ أفعال/ دوافع مصنوعة تؤثر على الجسم - سحب الأفكار - زرع الأفكار» ولكن هناك ثلاثة أعراض من أعراض شنيدر لا تحدث فى تعدد الذوات وهى: إذاعة الأفكار ، سماع الأفكار ، ضلالة الاضهاد.

الانشقاق المرضى
يصيب كل جانب من جوانب الانسان

يرى ديل أنه ليس هناك جانب محصن من غزو الأعراض الانشقاقية بمعنى أن هذا الانشقاق المقتحم (dissociative intrusions) قد يقتحم الوعى والجسد والذات والدماغ والتفكير والاعتقاد والمعرفة والتذكر والمشاعر والارادات والتحدث والأفعال والسمع والبصر والشم والاحساس والتذوق.

معظم ظواهر الانشقاق المرضى ذاتية وغير مرئية أكثر منها موضوعية وغير مرئية . (Bremner 1998) .

نوعا الانشقاق المرضى والذي ينبثق منهما بقية الأعراض:

1- المقتحمات (intrusions) . 2- النسيان (amnesias) .

وبمزيد من التفصيل فإن الانشقاق الذاتى له صفتان أساسيتان وهما التحول من شخصية إلى أخرى مع النسيان وهذه موصوفة فى التصنيف الأمريكى الرابع ، والثانية هى الاقتحام من الشخصيات البديلة للنظام الإدارى للنفس و الاحساس بالذات ثم بقية الأعراض الثلاثة عشر السابق ذكرها هى عبارة عن اقتحام من الشخصيات البديلة ، هذا الاقتحام قد أهمل من التصنيف الأمريكى، وهذا الاقتحام يفترق عن الضلالات فى الذهان من حيث أن المريض الذهانى يعطى المقتحمات تفسيراً ضلالياً

مثل: الرئيس يسيطر على أفكارى ، أما فى تعدد الذوات الانشقاقى يأخذ الشكل غير الذهانى ولا الضلالى مثل : أنا أعرف أن الأصوات هذه خبل ولكنها تغزونى وتقذف فى دماغى وتشعرنى أنها ليست ملكى.

هل هناك علاقة بين المقتحمات والمنسيات ؟ نعم حيث أن العرض الانشقاقى إذا انشق جزئياً من الوعى فالشخص يشعر به كشئ غريب مقتحم يقتحم منظومته وشعوره بذاته ، أما إذا انشق الحدث كلياً وليس جزئياً من الوعى فإن الشخص لا يشعر بها قد حدث ويحدث النسيان. ومن الجدير بالذكر أن معظم الأعراض الانشقاقية ليست منشقة تماماً عن الوعى باستثناء عرض النسيان ، فالأشخاص الانشقاقيون لديهم وعى بكل المقتحمات الانشقاقية مثل (فقدان الشخصية والواقعية ، الأصوات، الأفكارالمقتحمة ، الأفعال المصطنعة) فباستثناء فقدان الذاكرة، كل الأحداث الانشقاقية لها اتصال جزئي بالوعي ، وهذا ربما يظهر قصور التصنيف الأمريكى حيث أنه وصف الانشقاق الكامل (النسيان) وحذف الانشقاق الجزئي (partial dissociation) ، وهذا هام لأن معظم أعراض الانشقاق جزئي وليس كليًا. (2006 ، 2001 Dell).

أهمية نموذج ديل :

1ـ أدق وأشمل فى تعريف الانشقاق المرضى و التعددى للذات حيث ينشأ من جراء : اقتحام مقتحمات للنظام الادارى والوظيفى للذات ، وكذالك فإن ظاهرة الانشقاق تمس كل جانب من جوانب التجارب الانسانية.

2ـ هذا النموذج يوسع الرؤية للانشقاق المرضى والتعددى ويعبر بصدق عن الأعراض الموجودة لدى كثير من المرضى.

3ـ يفند النموذج الاجتماعى والمعرفى حيث يثبت نموذج ديل أن كثيراً من الأعراض فى المقاييس التابعة له تقيس أعراضاً غير خاضعة للتأثير الايحائي للمجتمع ولا الثقافة ولا البيئة. (Dell2006) .

الاختبار متعدد الأبعاد للانشقاق:

:(Multidimensional Inventory of dissociation)

وهو اختبار ذاتى يملأ بواسطة المريض (self report) ويعتمد على مدى حدوث التجارب الانشقاقية والدرجة من (0ـ10) والمريض يعلم أو يضع دائرة (0) إذا لم تحدث له هذه التجربة الانشقاقية المذكورة ويضع دائرة(10) إذا كانت تحدث باستمرار. (Dell 2006) .

بماذا يشتكي مرضى الانشقاق أو بمعنى آخر علامات الانشقاق التي يعاني منها المريض:

عندما يذهب الناس لأطباء كثيرين لأسباب كثيرة بدون تحسن ، هذا يعني البحث عن احتمالية وجود الانشقاق . كذلك إذا وجد من إمرأة نسيان مواعيد بصورة مفرطة وتحولات فجائية في المزاج وآلام جسمانية متفرقة غير مسببة ، كل ذلك يعني أيضاً احتمالية وجود انشقاق.

أحياناً أثناء جلسات الحوار أو العلاج النفسي يحدث تحول من ذات إلى أخرى .

من المهم سؤال المريض أو المريضة عما إذا كانوا تعرضوا لإساءة أثناء الطفولة ولكن من غير إيحاء للمريض بأنه قد حدث له.

أحياناً يستخدم الطبيب التنويم المغناطيسي أو حقن أميتال بالوريد لكشف ما يكبته المريض بداخله .

من المهم التعرف على نظام العائلة والمشاكل الأسرية والصراعات والتناقضات . كذاك من العلامات المهمة في الانشقاق النسيان أو فقدان الذاكرة لبعض الأحداث أو لبعض المراحل العمرية .

ما الفرق بين الانفصال الطبيعي « التعددية الطبيعية » والانفصال المرضي « التعددية المرضية »؟ .

.Normal multiplicity VS pathological multiplicity

الانفصال أو الانشقاق الطبيعي «التعددية الطبيعية» تتميز بـ :

* تحدث بإرادة الشخص وتحت سيطرته .

* تتوفر فيها المرونة والتنقل من حالة إلى أخرى حسب الظروف وملائماً لها .

* فقد الذاكرة أو الوعي أو الغياب يحدث لفترة وجيزة جداً ربما غير ملحوظة للآخرين .

* ليست التعددية واضحة المعالم .

* لبس للتعددية تأثير سلبي على حياة الشخص ولا علاقاته ولا مشاعره .

التعددية المرضية :

* المريض غير واعي ولا قادر على التحكم في هذا الانشقاق .

* الانشقاق يحدث في فترات وأحوال غير مناسبة .

* قوة الانشقاق ووقته يحدث خللاً واضطراباً في حياة الشخص .

* الشخص هنا لا يستطيع استرجاع الأحداث ولا تقييم الوقت الذي مضى أثناء فترة الانشقاق .

تحديات تعدد الشخصية :

يعد تعدد الشخصية من أكثر الأمراض صعوبة في التشخيص وفي العلاج وفي الفهم ومع ذلك فهو أقلها نيلاً للاهتمام من علماء النفس .

ما هي الشخصية المتبدلة؟ :

* هل جن أو أرواح متلبسة أم جزء من الشخصية ؟

* رؤية علماء النفس هى « شخصية منشقة أو ذات منفصلة من الشخصية الأصلية نشأت تحت وطأة ضغوط وصدمات شديدة في الطفولة ومع الوقت يزداد انفصال تلك الشخصيات » .

* لقد وجد انفصال واختلاف كبير بين الشخصيات في النواحي الفسيولوجية مثل « النبض ـ الحرارة » وكذلك في أعصاب الجسم ، وفي القوى الإدراكية وحتى في تخطيط الدماغ وغيرها .

هل أشخاص حقيقيون ؟ :

يعتبر كثير من علماء النفس هذه الشخصية الجديدة جزءاً من الشخصية أو من الذات انشقت لأسباب معينة وللتعبير عن شيء لا يمكن التعبير عنه أو للاعتراض على شيء ما أو كسب مكسب ما ومع الوقت يزداد انفصالها .

* من الأخطاء العلاجية معاملة الشخصيات على أنها منفصلة وشخصيات حقيقية وكذلك تسمية من ليس له اسم منها ، بالرغم من أن

المعالج لابد أن يتعامل مع الشخصيات المدمرة للشخص والمشوهة دون أن يساعد على مزيد من الانشقاق في الشخصية .

* على المعالج أن يتعاطف مع الانشقاق والتعددية الحادثة ويتفهم أسبابها ولكنه يركز دائماً على تكامل الشخصية واندماجها .

* البعض الآخر يرى أن ما يحدث من انشقاق جزء من الذات هو بسبب جلسات العلاج النفسي وبمعنى آخر أخطاء من المعالجين يدفعون الشخصية إلى انفصال جزء من الذات وهذا يعني أن هذا المرض ليس له حقيقة ولكنه مرض وهمي صنعه المعالج النفسي أو الشعبي عن طريق العلاج الإيحائي التنويمي مع أشخاص لديهم قابلية شديدة للإيحاء. (Barlow 2005)

تعدد الذوات ومراكز المخ :

ليس الانفصال الحادث في الذات البشرية على مستوى الذاكرة والسلوك والمشاعر وفقط ولكن هناك انفصال بين مراكز المخ أيضاً - فمثلاً يوجد خلل في الاتصال بين الجهاز الطرفي « Limbic system » المسئول عن المشاعر والسلوك وبين المراكز القشرية العُليا « Higher cortex » والتي تهيمن وتسيطر على تجانس المشاعر والسلوك والأفكار .

كذلك يوجد صلة بين الصدمات النفسية والقرين الدماغي « Hippocampus » حيث أنه مع الصدمة يقوم الأخير بتقسيم وتجزئة الذاكرة المخزونة المرتبطة بالصدمات النفسية السابقة وربطها بالأجهزة القشرية العُليا .

وربط هذا بما يحدث في الواقع هو : أنه عند حدوث أحداث مشابهة

للأحداث السابقة تحدث سلوكيات ومشاعر تلقائية بسبب عجز مراكز الدماغ العُليا عن احتواء الصدمات الماضية بصورة طبيعة ، وعلى هذا فإن الأحداث المؤلمة الحاضرة لا ترى على أنها جديدة بل تسيطر عليها رد الفعل السابق للأحداث المشابهة بينها تكون المراكز التحكمية العليا «الفصوص الأمامية» وقتها مغلقة (Barlow 2005) .

* وفي دراسة أخرى سنة 2006 أجرى « فيرميتين » دراسة بالرنين المغناطيسي على اضطرابات التعدد الانشقاقي للذات فوجد صغر حجم القرين الدماغي « Hippocampus »، كذا اللوزي « Amygdale».

(Vermetten 2006) (Barlow 2005)

كذلك من العجيب أنه وجد عند التحول من ذات إلى أخرى انخفاض في أنشطة المراكز القرنية والصدغية في النصف الأيمن من الدماغ . .(Barlow 2005)

وبما أننا نتحدث عن مرض أهم ما فيه خلل في الاتصال فإن النتائج تبرهن على أن الانفصال ليس على مستوى الذوات فقط ، وإنما خلل أو نقص في التكامل في الفص الأيمن أو ربما تفوق من الفص الأيسر. .(Barlow 2005)

اكتشف هوبر وزملاؤه أيضاً اختلافاً في أنشطة القرين الدماغي « Hippocampus » والقبل أمامي « Prefrontal » في استحداث التعددية الإنشقاقية، وكذلك اختلافات في الفصوص الأمامية« Frontal» والجدارية « Parietal » والقشرية « Cortices » .(Hopper et al 2002) .

فوريست « 2001 » وجد أن القشرة الأمامية والجدراية (Orbito frontal_ تلعب دوراً أيضاً في الانشقاق. (Forrest 2001) .

بالإضافة إلى ذلك ، فإن المهاد « Thalamus » يلعب دوراً أيضاً في الإنشقاق وفي الخلل الحسي الذي يحدث عند الضغط النفسي، كذلك المهاد مرتبط بالفزع الليلي وبداية حدوثه .

والفزع الليلي يفترق عن الكوابيس بكونه في صورة أحداث أو صور مفزعة سريعة الظهور والاختفاء « Flash Back » بالإضافة إلى وجود نبضات حركية في الجسم ، والشخص ربما ينسى ما كان قد أفزعه ورآه . وهذا مشابه لما يحدث في نوبات التعدد الانشقاقي الذاتي حيث أن المريض ينتقل من حالة إلى أخرى وينتابه الفزع ويرى « أثناء ظهور بعض الذوات» مناظراً أو صوراً مفزعة لا يراها الناس ثم سرعان ما ينساها عندما تذهب شخصية وتأتي أخرى (Krystal ، 1996) .

* أسلوب آخر لربط ما يحدث من انشقاق بالمخ، هو كيفية تعامل المخ البشري مع الصدمات . فالصدمات النفسية يتم التعامل معها أولاً في المهاد « Thalamus » ثم ترحل إلى الفصوص الأمامية التحكمية في قشرة المخ حتى يجد الشخص معنى من وراء الصدمة أو التجربة المؤلمة. أثناء هذه الرحلة إلى القشرة « Cortex » فإن المعلومات الخاصة بالصدمة يتم وضعها في ملف مناسب حتى يتم استدعاؤها لاحقاً إذا لزم الأمر، فلو أن المعلومات لم يتم تجهيزها بصورة فعالة فإن القشرة الدماغية التي تتحكم وتعمل جاهدة لحماية الجهاز الطرفي والمهاد ـ ، Limbic Thalamus ـ وتعمل جاهدة لحفظ مواد الصدمة في الميناء ، أحياناً لا تعمل بكفاءة ولا سيما عند التعب أو النوم أو تعاطي الكحوليات أو بعد

الصدمات « اضطراب ما بعد الصدمة PTSD » .

وتجميعاً للقول ، الصدمة تشبه الإعصار والمراكز الداخلية لا تقوى على مواجهتها والقرين الدماغي يغلق عند الخوف الشديد ، والمعلومات غير مسجلة بصورة صحيحة ومناسبة ، ولذا فإن الأمر يؤول إلى أن التجربة المؤلمة تغمر الجهاز العصبي المركزي بأسره ، هذا لأن الجهاز الطرفي « Limbic system » « والذي يحتوي على القرين الدماغي والمهاد والقرين اللوزي » جهاز بدائي في ترجمة المعلومات ، واللغة ليست ضمن مسئولياته ، والمعلومات تترجم في صورة صور ومشاعر .هذا و قشرة المخ والفصوص الأمامية و التي تربط المعلومات والمشاعر فى صورة قصة للصدمة التي نعيشها تكون فى حالة خلل . هذا والأمر أكثر تعقيداً من هذا ولكنها محاولة للتبسيط (Haddock 2001).

والسؤال الآن ما هو أهمية هذه الدراسات والاكتشافات والفحوصات على الدماغ من الناحية الإكلينيكية ؟ .

الإجابة هي :

* هذه الاكتشافات تثبت العلاقة بين الصدمات النفسية وحالة اضطراب ما بعد الصدمة من ناحية والاضطراب الانشقاقي من ناحية أخرى حيث أنه هناك دخل للدوائر العصبية في المخ وتعلقها بالذاكرة المؤلمة .

* كذلك هذه الدراسات والاكتشافات تؤكد حقيقة وجود هذا المرض الذي نحاول فهمه خلافاً لما يزعم أنه مرض وهمي من صنع المعالجين وأثناء الجلسات العلاجية .

* هذه الاكتشافات تعين على تصنيف هذا المرض بصورة أفضل عن

طريق فهم الصدمات النفسية وكذلك اضطراب أو كرب ما بعد الصدمة (Vemetten E 2006).

هل هناك تجاهل لتشخيص هذا المرض ؟ :

نعم . للأسباب الآتية :

1- لأنه يسمى بالمرض الخفي حيث يُخفي المريض أكثر مما يظهر من الأعراض وقد يكون المريض نفسه غافلاً عن وجود التعددية لديه .

2- بنود التشخيص في التصنيفات الحالية « الأمريكية أو الأوروبية » لم تذكر الأعراض الخادعة واللا تقليدية .

3- الاسم الموجود « الاضطرابات الانشقاقية » ليس صحيحاً أو مطابقاً للواقع لأنه يغفل خصيصة أساسية للمريض ألا وهي التعددية .

والاسم المقترح البديل « اضطرابات انشقاقية - النوع التعددي » .

4- من أسباب المرض وقرائنه التعرض في الماضي لسوء المعاملة الجسدية أو الجنسية وهذه الأمور غالباً ما ينكرها المريض أو المريضة أو يخفيها حرجاً أو حياءاً .

5- من الضروري الاعتماد على علامات أخرى نافعة في كشف المرض مثل : نسيان بعض الأوقات - أعراض مزمنة لا سيما جسدية غير مشخصة - قابلية شديدة للإيحاء - أخبار من الزملاء في العمل بوجود تغير مفاجئ ومؤقت في الشخصية أو الصوت أو السلوك - سماع أصوات دون وجود أشخاص حقيقيين « هلوسة سمعية » أو رؤية أشخاص أو أشباح باستمرار ما يسمى « هلاوس بصرية » دون أن يكون هناك علامات الاضطرابات الذهانية كاضطراب التفكير

والضلالات - آلام شديدة في الجسد أو صداع مزمن دون أي سبب عضوي ، ولا يستجيب للعلاجات المألوفة . وهذا لأن الاضطرابات الانشقاقية من أشهر الأمراض النفسية تميزاً بأعراض وآلام جسدية دون سبب عضوي ، كذلك فإن هذا المرض يعتبر غير مألوف للأطباء النفسيين العاديين ذوي الخبرات المحدودة .

. (Spiegel، 2006 - Nakdimen 2006)

6ـ كثير من الأطباء النفسيين لا يعترفون أصلاً بوجود مثل هذا المرض ويعتبرونه اصطناعياً من قِبَل المريض من تأثير بيئته المحيطة أو ثقافته التي تسمح بذلك وتؤمن به بل وتنتفع أحياناً به ..

7ـ الحوار مع هؤلاء المرضى ينبغي أن يكون ممتداً وأحياناً عند التعذر من ظهور التحول إلى ذات أخرى أثناء المقابلة - تطلب مقابلة الذات الأخرى .

8ـ عدم استخدام التنويم المغناطيسي وبعض الأدوية المساعدة في ظهور الانشقاق يصعب أحيانًا مهمة كشف المرض. ستيفن بلاك عرف التنويم المغناطيسى 1970 بأنه(حالة اللانوم فى الوعى الناقص أو المتبدل والتى تحدث فى معظم الشعب الحيوانية نتيجة دوافع حاضرة نسقية ، الى أن قال: أو قابلية متزايدة للتأثر بالإيحاء يتم فيها الاتصال المباشر مع العقل اللاواعى فى الانسان) (Stephen Black1970).

9ـ إغفال استخدام بعض الاختبارات التشخيصية مثل « اختبار التجربة الانشقاقية ... إلخ » والذي سيتم دراستها إن شاء الله فيما بعد . (Loewenstein 2004) (Kluft 2003)

أدوات التشخيص والاختبارات الكشفية للمرض :

القياسات والاختبارات تطورت لاستكشاف الأعراض الانشقاقية في الأشخاص ومن أهم هذه الاختبارات :

1- اختبار التجارب الانشقاقية « DES » Dissociative Experiences Scale وهو اختبار ذاتي يملؤه الشخص بنفسه مكون من « 28 » سؤال ، كل سؤال يحتوي على بعض الأعراض الانشقاقية وعلى الشخص تحديد نسبة من الوقت الزمني الذي يقضيه وهو يشكو من هذه الأعراض . هذا ولو حصل الشخص على « 20 » درجة أو أكثر كان هذا علامة على احتياجه لمزيد من الاكتشاف للمرض ، وإذا حصل الشخص على « 30 » درجة فإن ذلك يزيد من احتمال إصابته بالاضطراب الانشقاقي التعددي. (Putnam et al 1986)

2 - برنامج حوار الاضطرابات الانشقاقية لروس.

Dissociative Disorders Interview « Ross et al 1986 » Schedule DDIS .

وهذا يستخدم بمعرفة الطبيب وله استخدام واسع لدى المرضى النفسيين لاستخراج الأعراض الانشقاقية عن طريق السؤال عن الأعراض وكذا كشف التعرض للإساءة أثناء الطفولة .

3- الحوار الإكلينيكي لتشخيص الاضطرابات الانشقاقية وفقاً للتصنيف الأمريكي الرابع للأمراض النفسية .

Structured Clinical Interview for the Diagnosis of DSM - IV [SCID - D - R] . (Steinberg 1994).

هذا الاختبار درجاته من « 5 – 20 » ويقيس انتشار وشيوع الخلل الذي تسببه الاضطرابات الانشقاقية في خمس مناطق مثل « نسيان – فقدان الشخصية – التجرد من الواقعية -- ذوبان الذاتية – اضطراب الذاتية» كل واحد من هذه الأعراض له درجة من « 1 -- 4 » ، هذا ومرضى الاضطراب الانشقاقي يحصلون على درجة من « 15 » وأكثر ، المرضى النفسيون الآخرون يحصلون على « 5 – 7 » . مرضى الاضطرابات الانشقاقي التعددي ينالون درجة « 17 – 20» .

وينصح الطبيب قليل الخبرة بالاضطرابات الانشقاقية أن يستخدم إما الاختبار الأول « اختبار التجارب الانشقاقية » أو الثالث « اختبار الحوار الإكلينيكي لتشخيص الاضطرابات الانشقاقية » . وهذا المقياس أيضاً يستخدم من قبل الأطباء الشرعيين لتقييم الأمـر من الناحيـة القانونية .(Steinberg 1994)

ثبات تشخيص الاضطرابات الانشقاقية :

هذا المرض من أكثر الأمراض النفسية إثارة للجدل حول ثبوته وتشخيصه وعلاجه وكيفية إثباته حيث أن أعراضه سريعة التبخر فسرعان ما تجد المريضة تعود لحالتها الطبيعية وتمكث الأيام والشهور وليس بها شيء . كذلك كثيراً من المرضى يقاومون التشخيص ولا يساعدون على الوصول إليه ولا يعترفون بأنهم مصابون به أصلاً .

وأيضاً فمعايير التشخيص غامضة ومبهمة وأحياناً كثير من المحيطين بالمريضة لم يروا الازدواجية أو التعدديـة في المريضـة أثنـاء حدوثهـا . (2004 Piper)

يعتقد أحد علماء النفس « برون » أن المريضة تقاوم التشخيص عن طريق إمساك المعلومات أو الكذب أحياناً أو تعمد تضليل المعالج أو إنكار الموضوع كلية ، كذلك المرضى يستسرون الحالة حتى عن أنفسهم لأن من أحد سمات المرض الرئيسية هو خلل في الذاكرة للأحداث المؤلمة في الماضي بالإضافة إلى الغفلة عن المعلومات الخاصة بكل شخصية تظهر. (Ross 1997 ، Brown 1999) .

هذا ولأن المرض يتعامل مع مسمى « الشخصية » أو « الذات » وهنا تكمن الصعوبة حيث لم يتفق إلى الآن على تشخيص واحد ومحدد لمعنى الشخصية أو الذات والتي تتعدد في هذا المرض حيث أن التصنيف الأمريكي للأمراض النفسية فشل في تحديد حدود مفهوم الشخصية « Personality » و حتى الجزء من الشخصية أو الذات المنفصلة والذي يظهر مرة واحدة في العمر لأداء مهمة واحدة يعتبر أيضاً شخصية أخرى بديلة منفصلة . (Bliss Ell 1986) .

كذلك التشخيص مطعون فيه من قبل التحدث عن « إدعاء المرض أو التمارض » حيث أن البعض ربما يرى تعدد الذوات أو الشخصية نوعاً من التمارض أو إدعاء المرض .

يدعي العلماء الذين قدموا اعتراضاً على ثبوت تشخيص التعدد في الذوات أنه دائماً تهيمن وتسود الأعراض العضوية والنفسية على مرضى الانشقاق ، كما أن هذه الأعراض العضوية تظهر أحياناً مع شخصية ولا تظهر مع أخرى بل وتظهر أحياناً مع نفس الشخصية وأحيناً تختفي. وهؤلاء المعترضون على ثبوت هذا التشخيص يعتقدون أن الأعراض الانشقاقية التعددية تظهر مع بعض المعالجين ومع البعض الآخر لا تظهر

وتظهر في أحيان محددة . والأعراض لا يمكن تفريقها عن بعض الأعراض النفسية الأخرى أو ربما لا يمكن تفرقتها عن التمارض . وهؤلاء أضافوا في نظريتهم « النافية لوجود المرض من أساسه » عدم القبول التام لتشخيص التصنيف الأمريكي بسبب إنكار المرضى للأعراض مع عدم وجود تاريخ مرضي لصدمات نفسية أثناء الطفولة ، كل هذا أضعف إيمانهم بوجود هذا التشخيص. (Pipper A 2004) .

نشأة الإنشقاق وأسبابه :

نشأة الانفصال « الانشقاق » في الأطفال :

تعتبر دراسة الانشقاق في الأطفال معقدة لأن ما يعتبر طبيعي في الأطفال مثل « الخيال الواسع والألعاب المتخيلة والتخيلات الجامحة» يعتبر حالة مرضية في الكبار . عموماً ، فإن الانشقاق يظهر كثيراً في الطفولة وينحسر مع تقدم السن حتى يختفي تماماً في الكهولة . وهذه الطبيعية للانشقاق في الأطفال والتي تظهر في صورة خيال جامح وأصدقاء خياليين يكون سببها القابلية الشديدة للإيحاء لدى الأطفال بالإضافة إلى الذوبان الشديد في الخيال وإستخدام حيل دفاعية بدائية مثل الإنفصال والإنشقاق (splitting and dissociation) كوسائل أساسية للتكيف. (Putnam 1997) .

سبب زيادة الانشقاق في الأطفال :

تشير الدراسات إلى مرحلة ما قبل المدرسة ، وأما السبب فهو سوء معاملة الأطفال في تلك المرحلة حيث أن الانشقاق يزداد عندهم أكثر من الأطفال الآخرين . و هذه المعاملة السيئة لهم تزيد من انقسام الذات

لديهم والتي لم تتطور وتنضج بعد وهي قابلة لهذا الانقسام . ومن ناحية أخرى فإن كثيراً من الدراسات التي أثبتت حساسية تلك المرحلة « ما قبل الدراسة » لحدوث مزيد من الانشقاق فهي أيضاً مرحلة اندماج النفس وصلابتها من ناحية أخرى . (Macifie 2001) .

هذا الانشقاق الذي يبدأ في الطفولة ويعتبر طبيعياً ، إذا انتقل إلى مرحلة المراهقة صار مرضياً كرد فعل للصدمات النفسية ، وهناك دراسات تشير إلى أن الانشقاق المرضي الناشئ من الصدمات النفسية كمي وكيفي ويختلف عن أنواع الانشقاق الطبيعي :

من ناحية العلاج :

الانشقاق سهل علاجه في مراحل الطفولة لأن حيلهم الدفاعية مازالت لم تتعقد بعد . وكذلك الأطفال الانشقاقيون أيسر اندماجاً لذاتهم من الكبار .

من ناحية التشخيص :

التعرف على التشخيص في الأطفال أكثر صعوبة لأن صورة الانشقاق الكاملة والواضحة لم تتكون بعد لأنها تكتمل في سن الكهولة .

كذلك يشبه الانشقاق المرضي في الطفولة إلى حد ما الانشقاق الطبيعي مثل « الخيال الجامح وأحلام اليقظة الخيالية وبعض الهلاوس البصرية »، وأيضاً النكوص الطفولي الذي يظهر نتيجة للانشقاق ممكن يفهم خطأً على أنه مرحلة عادية من مراحل النكوص الطفولي العادي « حيث في النكوص الطفولي قد يتكلم الطفل بصورة طفولية أكثر من اللازم أو يصيبه النسيان لبعض المواقف أو يتلعثم لسانه لفترة أو يتقمص شخصية

من الشخصيات وكل ذلك يشبه الانشقاق الطفولي العادي » .

الانشقاق الطفولي قد يخفي تحت الاضطرابات النفسية الشائعة لدى الأطفال مثل الاضطرابات السلوكية واضطرابات التعليم وتشتت الانتباه .

وكذلك فصام الأطفال والتوحد والاضطرابات الوجدانية قد يشبهون أحياناً بعض أعراض الانشقاق في الأطفال .

عادة الأطفال قد يتهمون بالكذب إذا ادعوا النسيان لبعض التصرفات أو كمحاولة لإخفاء ضياع بعض الوقت أو نسيان لبعض المواقف .

عموماً الإحساس بالذات لدى الأطفال مازال في مرحلة النمو وبالتالي هم أكثر تعرضاً للانشقاق المرضي وأكثر صعوبة في التشخيص . (Barlow 2005) .

الاضطراب الانشقاقي للذات والنفس البشرية : « هل هو اضطراب انشقاقي أم اضطراب ترابطي » ؟ Dissociative or associative :

هناك شبه اتفاق بين الباحثين في علم النفس على أن الاضطراب الانشقاقي نتج عن تجارب وصدمات مؤلمة أثناء الطفولة وبالتالي فالأنسب أن يطلق عليه اضطراب الترابط لا اضطراب الانشقاق . وهذا يعني أن النفس في هذا السن المبكر تفشل في احتواء هذه الصدمات المؤلمة بداخلها وتفشل في إدماج هذه المعلومات المؤلمة داخل نظامها وتفشل في المحافظة على الصورة الايجابية والسوية للنفس البشرية .« بمعنى آخر فشل في تكامل الذات والذاكرة والوعي واندماجهم في مواجهة الصدمات » .

وسر الصعوبة في فهم تعدد الشخصية هو عدم التوصل بعد إلى تفسير مرضي لمعنى الشخصية ومفهومها (Morris 2004) .

تعدد الشخصيات أم قصور في الشخصية الواحدة

يرى أحد علماء النفس ويدعى « سبيجيل 1993 » أننا لا ينبغي أن نظر في المشكلة على أنها مشكلة وجود أكثر من شخصية ولكن المشكلة في وجود أقل من شخصية لدى المريض وبمعنى آخر المشكلة الرئيسية هي فشل عملية اندماج وتكامل كل جوانب الشخصية في شخصية واحدة متكاملة. (Spiegel et al 1993) .

من هنا جاء مفهوم اضطراب الترابط لا اضطراب الانشقاق.

هذا التحول في مفهوم اضطراب الانشقاق إلى مفهوم اضطراب الترابط يلقى أهمية كبيرة لعدة أسباب :

1- مفهوم اضطراب في ترابط الذات أو الشخصية يشير إلى نظرية التطور حيث أن الطفل في المراحل المبكرة لما يتعرض للإساءة الجسدية أو الجنسية تضطرب القوى أو العمليات الترابطية في النفس لديه ثم في المراحل المتأخرة يتحول إلى انشقاق في ذاته وشخصيته . والإساءة الجسدية والجنسية للأطفال من أهم الأسباب المقترحة والمقدمة للانشقاق ، و لهذا فقد يكون أكثر منطقياً أن ترى أنه اضطراب في الترابط يعقبه اضطراب انشقاقي بسبب التعرض للإساءة وهما مرتبطان ببعض جداً .

2- هذا المفهوم التحولي ربما يحل إشكالية الصراع القائم بين مفهوم تعدد الشخصية على أنه بسبب الصدمات الماضية أو بسبب الشخصية الواحدة التي تحاكي وتمثل شخصية أخرى استجابة مع احتياج المجتمع وثقافته .(Spanos 1996) .

صور النفس البشرية وتمثيلها أثناء التطور :

مع كل مرحلة يمر بها الإنسان تظهر النفس البشرية متمثلة في صورة بناءاً على تفاعلها المعرفي والوجداني والسلوكي مع الأحداث المحيطة . فمثلاً في مرحلة الطفولة ، الأحداث المؤلمة قد تؤدي إلى فشل في ترابط واندماج المؤلم من الأحداث بمعلوماتها داخل منظومة النفس مما يؤدي إلى تصور نفسي وتمثيلي غير متكامل ولا مندمج وهو ما يؤدي إلى اضطراب الشخصية الانشقاقي .

هذا التمثيل النفسي غير المتكامل من الطفولة إما أن يقف في التطور والنمو النفسى عند هذه المرحلة مما يؤدي إلى ظهور شخصية طفله منشقة عن الشخصية الأصلية الكبيرة ، وإما فى صورة شخصية منشقة كاملة النمو لو أن الإساءة استمرت خلال مرحلة الطفولة ومنها إلى مرحلة النضج .

التمثيل الأساسي والثانوي للنفس (Self – representation):

في هذه الفرضية ، فإن التمثيل الأساسي أو الأولي للنفس البشرية أو للذات يفشل في احتواء الصدمة النفسية العنيفة في نفس أو ذات واحدة ومن ثم ينشأ تمثيل « بديل » لاحتواء وتحمل الصدمة بمعلوماتها المتعلقة بها (Secondary Self – representation) هذا التمثيل البديل مثل التمثيل الأساسي يتكون من بصمات وجدانية وشعورية للصدمة النفسية بمكوناتها البصرية والسمعية والشعورية تسترجع بعد ذلك لما تنشق أو تزدوج الشخصية .

إضافة إلى ذلك ، الاختلافات في مستوى تعقيدات النظام المعرفي للنفس هو الذي يقدم فهماً لحدوث إما انشقاق كلي أو انشقاق جزئي

للذات (Nijenhuis et al 1998). الانشقاق الكامل يتميز بقطع في الاتصال بالوعي الطبيعي وهذا بسبب زيادة التعقيدات المعرفية والعصبية في النفس البشرية .

أما الانشقاق الجزئي يتميز باقتحام التمثيل الأساسي من قبل التمثيل الثانوي والعكس وهذا بسبب نقص في التعقيدات المعرفية للنفس . بمعنى آخر كلما كان هناك نظام عصبي معرفي معقد فإن هناك انفصال بين التمثيلين الأساسي والثانوي وكلما قل التعقيد كلما كان هناك شيئاً من الاتصال بين التمثيلين (Nijenhuis et al 1998) .

ومع الصدمات الشديدة تخور القوى الترابطية للنفس ويظهر التمثيل الثانوي للنفس وهو مرتبط بالقرائن المحيطة بالصدمة .

لم يصاب أحد بالانشقاق وآخر لا عند التعرض للصدمات النفسية؟ :

التحول في الفهم من اضطراب في الانشقاق إلى إضطراب في الترابط وظهور افتراضية التعقيدات في نظام المعلومات ونمو القصور في المفاهيم داخل هندسة المخ كل هذا ربما يجيب على السؤال ، بمعنى أن هناك اختلافاً بين الناس من ناحية هذه الأمور، كذلك هناك عوامل داخلية تتدخل في تطور هذا المرض. (Nijenhuis 1998) .

نظريات ونماذج لتفسير الاضطراب الانشقاقي :

كلوفت « عالم النفس المتخصص في الاضطراب الانشقاقي التعددي» افترض إحدى عشر نموذجاً لفهم هذا الاضطراب .

من أهم هذه النماذج :

1ـ الغيبوبة النفسية / الإيحاء الذاتي :

وهذا النموذج يتعامل مع الأشخاص الذين لديهم قابلية شديدة للإيحاء.

2- النموذج السلوكي :

وهو نموذج قوي حيث أنه يتعامل مع تضور النفس وتركيبها وهو سلوك موجه يهدف إلى مكسب معين .

3- نموذج الشبكات العصبية :

في هذا النموذج ، البدائل الشخصية الذاتية المنشقة تستوعب على أنها نمو شبكات عصبية منفصلة وهذه البدائل أو الذوات إما تستحث أو تحبط من المؤثرات الخارجية والداخلية .

4- نموذج انشقاق الذات :

هناك أنشطة ذهنية مستقلة تعمل دائماً ، ففي حالة التطابق والتوافق الأشخاص يشعرون بوحدة في مشاعرهم وسلوكهم . وفي حالة عدم التوافق تظهر بدائل أخرى للذات وتظهر التعددية .

5- النماذج النفسية :

هذه النماذج تحاول تفسير: لم يشعر البعض بالتعددية والآخرون لا يشعرون بها؟ .

6- النماذج الاصطناعية / التمارضية / المعرفية - الذهنية :

هذه الافتراضات ترفض فكرة أن هذا المرض طبيعي وإنما اصطناعي يأتي نتيجة محاكاة أدوار معينة في أحوال معينة وبالذات في الجلسات العلاجية (من صنع المعالجين) .

7- تمثيل الذات / أدوار اجتماعية :

أثناء التطور الطبيعي هناك شخصيات خفية (Sub-personalities)

أو ثانوية مندمجة مع ذات واحدة وتعتبر جزءاً من الشخصية الأساسية . في أي لحظة هذه الشخصيات الثانوية متاحة وسهلة المنال ولكن العقل الواعي موجود فقط في صورة تمثيل واحد للنفس « التمثيل العامل - تمثيل الأنا I – self » . أما الشخصيات الأخرى « التحتية » فهي في هذه اللحظة مختفية أو كامنة تظهر فقط عند التعرض للضغوط النفسية الشديدة. (Kluft 1996) .

ما الذي يؤدي إلى سمات انشقاقية عديدة في النفس البشرية ؟

البوابات لحدوث تلك السمات الانشقاقية كلها تتمحور حول الصدمات النفسية والاضطرابات في ترابط القوى في النفس البشرية بالإضافة إلى عوامل جينية بيولوجية . لا يفوتنا هنا أن نذكر القابلية الشديدة للإيحاء عند بعض الأشخاص والتي أضافت بوابتين أخريتين وهما أثر المعالجين في إحداث الظاهرة و أثر الثقافة والبيئة في ظهورها أيضاً . والكلام عن القابلية للإيحاء وأثر المعالجين وأثر الثقافة سوف نرجئ الحديث عنهم لاحقاً إن شاء الله .

الصدمات النفسية والإنشقاق :

تشير معظم الدراسات إلى أن الصدمات المبكرة والشديدة و الإساءة الجسدية أو الجنسية تجاه الطفل كل ذلك يساهم في إحداث السمات الانشقاقية . هذه الصدمات كما يشير بوتنام « وهو من أشهر من ربط الصدمات النفسية في الطفولة بالانشقاق » أشار بوتنام إلى أن الصدمات التي تحدث من سن « 3 – 10 سنوات » أو لغاية سنة « 12 سنة » ، هذه الصدمات إما نفسية أو شعورية أو جسدية أو جنسية ، وهذه الصدمات كلما كانت متكررة ومن معتدين كثير وعلى مدى مدة طويلة وفي عائلة

مضطربة كان أثرها في إحداث السمات الانشقاقية أكبر. (Putnam 1996) . من ناحية أخرى ، ترفض بعض الدراسات فكرة ربط الصدمات المبكرة بالانشقاق المرضي. (Barlow 2005) .

الاضطراب في الترابط وعلاقته بالصدمات :

تلقى نظرية الترابط ضوءاً على أن الخلل المبكر في الترابط هو السبب و ليس الصدمات النفسية وقد يحدث هذا الخلل في الارتباط دون أن يكون هناك إساءة للطفل ، والعلاقة بين نظرية الارتباط أو الالتصاق من الطفل إلى الأب أو الأم من ناحية ونظرية الصدمات النفسية من ناحية أخرى هو أن الشخص الذي من المفترض أنه هو نموذج الالتصاق أو الارتباط أو الحماية هو نفسه الذي يسئ إلى الطفل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة. وأيضاً عندما يتعامل الأب مع الطفل ويكون الأب نفسه قد تعرض لصدمات نفسية سابقة ربما يتعامل وهو متأثر بتلك الصدمات . هذا الأب أو هذه الأم التي تحمل بداخلها آثاراً لصدمات نفسية لم تحل عندما تستحث بأي مؤثر خارجي أو داخلي تظهر عليها علامات الانشقاق والرعب والخوف من غير سبب ظاهر للطفل مما يؤدي إلى مزيد من جبن ورعب الطفل ، فعندها يجد الطفل نفسه متحيراً بين مصدر حمايته واحتضانه وبين خوفه منه فيحاول أن يعزل خوفه منه عن سعيه في حمايته والارتماء في حضنه . في هذه الحالة يجد الطفل صراعاً بين قوتين بداخله واحدة مرعوبة من والده أو والدته وفي نفس الوقت تحبه ولا تستغني عنه وتجد الراحة عنده. الطفل في هذه الحالة يتولد عنده تناقض وصراع بين نفسه وبين نموذج الحماية والرعاية والارتباط ، وبمعنى آخر فإن الترابط المضطرب بين الطفل والأبوين يزيد من القابلية للانشقاق ولكنه وحده لا يكفي حتى

يضاف إليه صدمات نفسية . (Hesse et al 2000) .

نظرية الحالات السلوكية المنفصلة:

باختصار ، الإنسان يولد ولديه تصورات سلوكية أساسية فطرية مثل « راحة - نوم - أحلام - يقظة ... الخ » . الطفل في بداية نشأته تكون مهمته الأساسية أن يتحكم في التحول من حالة سلوكية إلى الحالة الأخرى و الآباء في هذه المرحلة يعلمون الأطفال أن يتعرفوا على مشاعرهم وكيف يتحكمون فيها وكيف يستعيدوها لو أصيبت بالخلل ، كذلك هم يعلمونهم أياً من الحالات السلوكية يناسب تلك الظروف وكذلك كيف يحصل التكامل بين الحالات السلوكية المختلفة بحيث تكون وحدة واحدة من الشعور بالذات . لو كان الأب مثلاً مضطرباً نفسياً ويعامل الطفل بقسوة فإن ذلك يشعر الطفل بأنه غارق في مشاعر غير محتملة بدون طريق لعلاجها ، وأهم وظيفة للترابط والالتصاق بين الطفل والأب أو الأم هو أنهما يمنعان الأطفال من فقد الاتصال بين الطفل والأب القاسي .

وعندما لا يساعد الأبوان الطفل على تنظيم التحول بين الحالات السلوكية ، يفشل الطفل في تكوين النفس أو الذات الواحدة ، وكذلك الآباء الذين يسيئون المعاملة لأطفالهم يدفعون الأطفال للانتقال بين الحالات السلوكية بطريقة سريعة . (Putnam 1996) .

نظرية صدمات الخيانة :

هذه النظرية مبناها على نماذج الارتباط بين الطفل والمحيطين . وهذه النظرية تبدأ من مقدمتين :

الأولى : الطفل يحتاج لهذا الارتباط .

ثانياً : جنس الآدميين يبتعد دائماً عن الغدر . الغدر بمعنى أن يجد الإساءة الشديدة من الشخص المرتبط به ، وبمزيد من التفصيل ، عندما يساء للطفل من قبل الأب مثلاً ، الطفل يحاول أن يتكيف إما بالمواجهة المباشرة أو بالانسحاب منها وأحياناً بالطريقتين . الطريقتان يتصارعان في نفس الطفل ، فالطفل إما أن يفقد الرعاية من الأب ويبتعد عنه وهو لا يستغني عنه وإما أن ينسى الإساءة تماماً ويسقطها حتى يتكيف ويستمر في الالتصاق بأبيه فيصبح في عمى تام عن هذا الغدر والخيانة التي تأتيه من قبل مصدر الحب والرعاية والحنان .

فهذه الطريقة تقول أن هدف الانشقاق ليس هو الهروب من الألم ولكن الاستمرارية في الترابط مع الأب بإسقاط ومحو كل معلومات وأفكار ممكن أن تهدد الطفل ، ويصبح هنا الانشقاق نوعاً من التكيف للظروف القاسية. (Freyd 1996) .

سافر قطر ونسى أنه سافر ! :

شاب يبلغ من العمر 25 سنة سافر قطر سفرية جهزها له والد خطيبته ورجع بعد شهرين ولم يوفق فغضب عليه والد خطيبته وفصله عن ابنته وأنهى الخطبة ، (ومن بعدها ساعات صوته يطخن ويقول أنا جرجس ـ وهذا ليس اسم المريض ـ فيه ناس مبعوتين للأذي وأنا منهم – لازم ترجعوله خطيبته – وذكر أهله أنه كسر البيت مرة وجرح نفسه وبعد كده مش فاكر حاجه من دى خالص بعد ما يغمى عليه ويفيق).

المريض: (هم بيقولولى إن أنا سافرت ورجعت وأنا محصلش منى إن أنا سافرت قطر ولا شفتها ولا قعدت هناك ولا رجعت).

طلبت من المريض أن يكتب لأنه فقد النطق وهو قاعد (اضطراب تحولى) وطلب أن يكتب فكتب بخط سئ جداً وقالوا إنه ليس خطه أبداً وكتب « أنا تعبان أوى مفيش حد مصدقنى!! » .

التعليق: المريض لم يتحمل صدمة الانفصال عن خطيبته فنسى التجربة برمتها حيث أن السفر أعقبه الفشل ثم إنهاء الخطبه ، وكذالك انشقت نفسه وتقمص شخصية أخرى باسم آخر والتى تمثل تفسيراً مقبولاً لدى نفسه والآخرين بأنه مصاب بالسحر الذى فرق بينه وبين حبيبته دون أن يكون لديه دخل فى الموضوع.

جدل شديد حول أسباب الانشقاق:

يحتدم الخلاف بين الباحثين حول أسباب الانشقاق كما احتدم على حقيقة وجوده. فمنهم من يؤيد نظرية الصدمات النفسية أثناء الطفولة وكذا الإهمال في هذه الفترة ومنهم من يؤيد النظرية الاصطناعية (صنعية) يعني هو من صنع الشخص أو المعالج وهذه تشكك في حقيقة وجوده كمرض وتؤيد أنه تولد نتيجة ظروف معينة أو ثقافة وبيئة معينة أو تفاعل الشخص مع المعالج المعين أو البيئة المعينة وقد ذكر علماء الدين سبباً آخر وهو التلبس الروحي.

وكما احتدم الخلاف حول أسبابه وحقيقته احتدم حول هل هو مرض منفصل أم جزء من أمراض أخرى .(Gleaves et al 2001) .

نقاط الضعف حول نظرية الصدمات النفسية كسبب للانشقاق:

نظرية الصدمات النفسية في مرحلة الطفولة على الرغم من شيوعها وانتشارها كسبب يؤدي إلى الانشقاق لاحقاً ولكنها لا تلقى في عالم

الواقع والتجربة هذا التأييد - ففي عياداتنا النفسية حالات الانشقاق التي نشاهدها لا تجد في تاريخها الماضي هذا التعرض للصدمات وبالذات الإساءة الجنسية للطفل حيث أنها أقل في المجتمعات الشرقية عنها في المجتمعات الغربية.

وإليك أيها القارئ بعض نقاط الضعف حول هذه النظرية:

1ـ ارتباط الصدمات بالمرض لا يعني أن الصدمات السبب فقد يكون مجرد ارتباط تزامني فقط.

2ـ ضعف أدلة الصدمات.

3ـ ندرة حدوث الانشقاق التعددي لدى الأطفال حيث يعزى علماء هذه النظرية بداية المرض منذ الطفولة.

4ـ مع الوقت نجد أن هذه الحالات تتغير إما تزداد التعددية أو يتغير التشخيص أو تظهر أسباب أخرى للتشخيص. (Merskey 2004).

ما هو البديل لنظرية الصدمات؟:

هو ما يسمى بالنظرية الاجتماعية المعرفية أو النموذج الاجتماعي المعرفي؟

ما معنى النموذج الاجتماعي المعرفي؟:

هو سلوك لهدف موجه وإظهار التقليد لدور مختلق ومشروع ومقبول بل ومدعوم من قبل المجتمع .(Lilienfeld S 1999).

وهذا الدور المقلد أو المحاكي ليس معناه (تمثيلاً) لأنه لا شعوري ولا يريد منه أن يكسب فائدة معينة وهذه صفة للاضطراب الانشقاقي. ويرى أصحاب هذه النظرية أن أمثلتها: تلبس الجن والهستيريا الجماعية

والرغبة في ارتداء ثياب الجنس الآخر. محاكاة هذا الدور يرسم دائماً من مصادر متنوعة من المعلومات (مثل: وسائل الإعلام ومعلومات ملقنة من المعالج وتجارب شخصية ومشاهدة الأشخاص أثناء العلاج الروحي والجماعي) ولهذا سمي « معرفيًا » لاعتماده على خلفية معرفية «واجتماعيًا» و لأنه يحمل بصمة هذا المجتمع ومقبول منه.

المشاهدات المؤيدة للنظرية الاجتماعية المعرفية (تأييد الاصطناعية):

هذا النموذج الاجتماعي المعرفي لتفسير الاضطرابات الانشقاقية التعددية يقوي من يدعي الاصطناعية أو (الصنعية) كسبب لظهور الانشقاق ، حيث أنه مصطنع تماشياً مع ثقافة المجتمع ومع جلسات العلاج النفسي أو العلاج الروحي كما يزعم أصحاب هذه النظرية. ومن المشاهدات المؤيدة للنظرية الاجتماعية المعرفية الآتى:

* ازدياد عدد مرضى الاضطرابات الانشقاقية بسرعة في العقود الماضية.

* عدد الشخصيات في المريض يزداد مع كثرة جلسات العلاج.

* يزداد عدد المرضى أو عدد الشخصيات في المريض الواحد بقوة، مع زيادة وعي المعالج والعامة بالمرض.

* جلسات العلاج النفسي التي تشتمل على تنويم مغناطيسي تشتمل أيضاً على كثير من مرضى الاضطرابات الانشقاقية أكثر من غيرهم من المرضى الذي لا يستخدم في علاجهم التنويم المغناطيسي (هذا النوع من العلاج يستقطب هؤلاء المرضى أكثر من أنواع العلاج الأخرى).

* عدد صغير من المعالجين النفسيين هم الذين يظهر لديهم زيادة في تشخيص هذا المرض وخاصة عند المعالجين الروحيين.

* تشخيصات هذا المرض مرتبطة بثقافات خاصة بمعنى أنك قد تذهب إلى بلد فلا تجد إلا تشخيصات قليلة جداً بينما في بلد أخرى تجد ازدياد في نسبة تشخيصات هذا المرض وهكذا.

(1989 Ros ،1997 Pipper ،1996 Spanos).

هل الصدمات هى السبب أم الأسباب الاجتماعية المعرفية هى السبب وهل يمكن الجمع بينهما؟ :

لقد حاول روس 1997 وبراون 1999 الجمع بين النظريتين مؤيدين لكل منهما كسبب لحدوث الانشقاق والتعددية فأعطيا هذا المثل:

* الصدمات النفسية البكرة ←الاستعداد التخيلي والقابلية للذوبان عند التعرض للصدمات←زيادة الاستعداد للتأثر بالمؤثرات الاجتماعية والاصطناعية (النموذج الاجتماعي المعرفي)←زيادة حدوث التعددية والأعراض الانشقاقية المتعلقة بها عقب التعرض للمؤثرات الإيحائية.

(Ross 1997 ، Brown 1999).

ومثال آخر:

تعمل مؤثرات اجتماعية وثقافية (التفسير الاجتماعي) على خلفية مرضية موجودة أصلاً (التفسير المتعلق بالصدمات) وهذا يؤثر أساساً على أشخاص باحثين عن سبب عدم الاتزان ولديهم مشاكل في عدم إثبات الذاتية.

وبمعنى آخر الانشقاق المرضي ربما يحدث من تفاعل بين قابلية للإيحاء أو التنويم فطرية مع الضغوط الحادة. (Butler 1996).

مثال ثالث :

ممارسات علاجية إيحائية (النظرية الاجتماعية) تؤدى إلى زيادة الشخصيات في أشخاص مضطربين انشقاقياً (نظرية الصدمات).

ولكن هنا سؤال يطرح نفسه ؛ هل هذه الشخصيات كامنة؟

يدعي أصحاب نظرية الصدمات أن الشخصيات كامنة بمعنى أن المرض ليس مصطنعاً من أساسه وإنما هناك شخصيات كامنة غير ظاهرة وظهرت بفعل المعالجين وبالتالي زيادة التعددية بسبب المؤثرات الاجتماعية والثقافية أمر مشكوك فيه!! على أي حال أصحاب نظرية الصدمات يقـرون بأن نسبة اختـلاق التعدديـة اصطناعياً قد يحدث في ١٧ ٪ من الحالات . (Ros 1997 ، Brown 1999) .

الاضطراب الانشقاقي في مجتمعنا (هل هو مؤثر ثقافي واجتماعي)؟:

* في مجتمعاتنا يلاحظ ازدياد نسبة الاضطرابات الانشقاقية التعددية وهذا يؤيد التأثير الثقافي والاجتماعي على الأفراد المهيئين. ولهذا ترى المرأة لا تعاني من شيء ولما يحضر لها المعالج للقراءات التحضيرية تجدها تصاب بالانشقاق والتعدد (وما يسمى بالتلبس الروحي) مع أنها سابقاً لم يكن عندها شي تعاني منه ، وهذه الشخصيات أو الذوات التي تظهر دائماً تعزى في مجتمعاتنا إلى الجن أو الأرواح لأن المجتمع يقبل هذا الاعتقاد ويقره أكثر من اعتقاده أنها شخصيات أو ذوات قد انشقت من الشخصية الأساسية.

كذالك يلاحظ سعة وشيوع مصادر المعرفة الخاصة بهذا الدور المقلد

أو المحاكى مثل (الإعلام ، المعالجون الروحيون ، مشاهدة أشخاص أثناء العلاج الجماعي ، الكتب والرسائل التي تتحدث عن هذا الموضوع).

الوراثة :

قد تكون الوراثة من أحد الأسباب لحدوث الانشقاق ، والدليل على ذلك أن الاضطرابات الانشقاقية تنتشر بين العائلات فتجد فردين على الأقل يعانون منها. بعض علماء النفس مثل « بيكر وزملائه 2004 » استنتجوا من دراسات كثيرة على التوائم أن هناك استعدادًا وراثيًا للانشقاق وهذا الاستعداد إما أن تظهره العوامل البيئية وإما أن تخفيه على حسب ضغوط البيئة . (Becker etal 2004) .

الانشقاق وسمات الشخصية:

(سيميون وزملاؤه 2002) وجدوا ارتباطاً بين بعض سمات في الشخصية وظهور مرض الانشقاق في الشخصية ، وهذه السمات هي :

1ـ المزاجية الحساسة أو المزاجية الشديدة وبالذات التي تحاول تجنب الأذى للنفس.

2ـ الحيل الدفاعية غير الناضجة.

4ـ القابلية الشديدة للإيحاء والتأثر. (Simeon et al 2002).

الانشقاق - الصدمات - الجسدنة :

ثلاثي دائما مرتبط بعضه ببعض – الاضطرابات الانشقاقية – الصدمات النفسية – الأعراض الجسمانية (الجسدنة).

سر هذا الترابط:

لقد ذكرنا من قبل العلاقة بين الصدمات النفسية والاضطرابات الانشقاقية حيث أن النفس البشرية تضل عن ادماج الصدمات داخل المنظومة النفسية المتكاملة وتفقد الترابط اللازم فتعزل أو تخرج الصدمة المؤلمة برمتها بعيدا عن المنظومة النفسية فيحدث الانشقاق. والسبب فى هذا هو أن الطفل يدخل الحياة بفطرة أن الدنيا أمان والإحتياجات مشبعة ، فإذا تعرض الطفل مبكراً للصدمة والكرب فإن العكس يتوقع يعنى الدنيا خطرة ولا أستطيع أن أثق بأحد ومؤكد أننى إنسان سيء ، والأجزاء الداخلية المنشقة تحاول حماية ذاته.

أما العلاقة بين الأعراض الجسمانية من ناحية والانشقاق والصدمات من ناحية أخرى فهو ناشئ أيضا عن خلل فى الترابط والتكامل النفسى الجسمى - فالنفس البشرية عندما تفشل فى التعامل السوى مع الصدمات وتفشل فى احتوائها أو التكيف معها أو التعبير عنها بصورة نفسية ، عندما يحدث ذلك ، فان الجسد يتولى هو التعبير فيشكو المريض أو تشتكى المريضة من الألام الجسمية والتى ليس لها سبب عضوى مثل (الصداع - آلام الظهر - آلام الاطراف - تنميل فى الجسم - آلام المعدة ...) ولهذا كثيرا ما نجد مرضى الانشقاق يعانون من آلام وشكاوى جسدية يفشل أطباء الجسد فى حلها أو علاجها.

إذن فالتعبير عن الضغوط فى صورة عرض جسمى عضوى يدل على أن الجوانب النفسية والجسمية للحدث المؤلم أو الصدمة غير متكاملين ولا مترابطين فانشق أحدهما عن الآخر وهو الجانب الجسمى وتولى التعبير هو عن طريق آلام أو شكاوى جسدية وهذا يعتبر اختلال فى منظومة

الاستقبال الذاتى للنفس البشرية.

لم يعبر الناس دائما بالجسد؟:

لأن التعبير الجسدى مقبول وله معنى عند الشخص وعند الآخرين أكثر من التعبير الشعورى النفسى فالناس تقبل أن المريض يشكو من صداع أو آلام بالرأس أو الجسد أو المعدة ولا يقبلون أن يشكو نفسيا من الاكتئاب أو الخوف أو الهلع.

الجسدية نوع من أنواع الانشقاق:

يعتبر الباحثون فى « أثر الصدمات النفسية على الشخص» أن الجسدنة أو «التعبير الجسدى» نوع من أنواع رد الفعل الانشقاقى للصدمات النفسية وهذا يوضحه الاتى:

1) الجسدنة و الانشقاق يشتركان فى أن الشخص غارق فى مشاعر حادة وغير ناضجة ولا متميزة أو مشوهة.

2) الجسد يحمل عبء تجارب شعورية مؤلمة لم تخرج ولم تدمج وهذا يشبه الانشقاق النفسى أو ازدواج الذاتية ولكن على مستوى النفس والجسد.

3) الصدمات تحدث خللا فى وظيفة الدماغ وعلاج هذا الخلل تعوقه بعض السمات النفسية لحالات الانشقاق وهو (رد الفعل المتجمد أو الثابت (freezing or immobility response) ، وهذا التجمد وفقد المرونة فى ردود الأفعال مرتبط أيضًا بخلل تلقائى فى الجهاز العصبى اللاإرادى، وبالتالى أثر الصدمات يصبح عنيفًا جدًا ومصاحبًا بانقباضات فى الشرايين الدماغية ، وكذلك نقص فى

وصول الدم لبعض المناطق فى الدماغ ، واستثارة زائدة فى العصب الحائر الواصل من الدماغ إلى المعدة وبقية أنحاء الجسد .

.(Schore 2001)

4) تعبر العلامات الجسدية عن شواهد خاصة لمشاعر مؤلمة سابقة مرتبطة بها – وعن طريق التعلم – قد تظهر إذا تكررت سيناريوهات مشابهة فى المستقبل.

5) العرض الجسدى يستعيد حالة النفس المتألمة سابقاً ويعمل كذاكرة تلقائية للأحداث المؤلمة. (Damasio 1994) .

الارتباط ، الذاكرة ، الصدمات:

يحتاج الإنسان إلى ارتباط سوى بالآخرين لتنظيم المشاعر وتحمل الصدمات. وبمعنى آخر العلاقات الترابطية تنظم المنظومة الانفعالية التى تكفل تطور النفس السوية ، كذالك التحكم الانفعالى يؤدى إلى تكيف أكثر ووعى أكثر وسيطرة أكثر على التجارب الانفعالية فإذا كان الوجدان تحت سيطرة شديدة وتعرض الشخص لضغط أو صدمة شديدة حدثت اضطرابات سلوكية داخلية والعكس عندما يكون الوجدان لا يخضع لسيطرة كافية فالسلوكيات المضطربة تظهر خارجيًا.

فوظيفة نظام الارتباط بالنسبة لبناء الذاتية مهم وكذلك لإعادة الطمأنينة عند التعرض للصدمات.

ومثال هذا عندما لا يجد الطفل من يعتمد ويرتبط به وجدانيًا أو يكون ارتباطه بشخص مضطرب فهذا يعنى أنه عند الصدمات لا يحدث التطمين ، كذلك الفشل فى إنشاء علاقة تلاحمية وتبادلية بين الطفل

ونموذج الارتباط معه يؤدى إلى طرد بعض المشاعر من الوعى وينتج عنه اضطراب انشقاقى ، والأطفال الذين ابتلوا بالحرمان الوجدانى أو الإساءة فى الطفولة يصبحون مهيئين للانشقاق لعدم القدرة على الاحتواء الآمن للذات بالذات فى العلاقات مع الآخرين. والانشقاق ينشأ كوسيلة للتكيف حتى يستمر الذات فى التعامل.

حقيقة ذاكرة المريض المتعلقة بالإساءة أثناء الطفولة

أظهرت بعض الأبحاث أن المريض قد ينسج ذاكرة كاذبة للإساءة الماضية ، والمعالج لا يمكن أن يثبت إلى أى مدى هذه الذاكرة السابقة صادقة ودقيقة وليس لديه وسيلة للتحقق من ذلك ، فالمعالج ليس رجلا محققاً أو مخابراتياً فينشغل هل هذا حدث أم لا ؟ ولكن اذا تأكد المعالج من أن هذه المعلومات الخاصة بالإساءة أثناء الطفولة معلومات مزيفة فينبغى أن يثقف المريض تجاه احتمال حدوث هذا و قد يكون اضطراب ضلالة التفكير هو السبب.

على أية حال مريض الانشقاق التعددى متحير وغير واثق تجاه الذاكرة الماضية ، والذوات المختلفة كل منهن يتخذ وجهة نظر مختلفة أيضا تجاه هذه الذكريات ، والأحرى بالمعالج أن يستخدم هذه الذوات لاظهار الصراع المكبوت والمختزن والاستفادة من وجهات نظرهم تجاه هذا الموضوع بدلا من الوقوف بجانب أحدهم ، على كل فالمعالج هنا لابد أن يظهر للمريض أو المريضة طبيعة هذه الذاكرة المختلفة.

«لما تتعب تقول أنا عايزة المصاصة!» :

«آنسه عندها (24 سنة) حضر أهلها واشتكوا انها بتدوخ وتظهر عليها طفله عايزه المصاصه ، وشخصية تانيه واحده اسمها ميرال وبتقول أنا مش بشر أنا من عالم تانى وعندى بنات منهم واحدة بتظهر عليها اسمها

شمس وتقول أنا عندى سنة وانا اللى بخليها تعمل على نفسها البول ، وساعات لما تظهر عليها أم البنات دى صدرها يحن لأى طفل بيرضع. ولما نجيب الشيخ يظهر عليها كل ده.

وباستخدام مخدر اميتال وإجراء الحوار معها: ظهر عليها نفس اللى كان بيحضر عليها لما الشيخ يقرأ عليها تتكلم زى الطفلة ، وهى فى الصيف بتخف وفى الشتاء تتعب جداً ، وبتسرح وتنام وتقول كنت نايمة ومش فاكرة حاجة من اللى قالتها خالص وساعات تصحى 24 ساعة وتقوم مختلفة عن شخصيتها الأصلية وتقول أنا بقالى يومين نايمه وساعات تظهر عليها شخصية عدوانية تتعارك وتتشاكل وتاكل بطريقة بشعه وتاكل مرتين فى نفس الوقت وكأنها مكلتش» .

«لما تظهر عليها ترضع من أمها وهى كبيرة:»

أم المريضة: « بنتى عندها 16 سنة تظهر عليها طفلة صغيرة وتطلب الشيكولاته والبومبونى والمصاصه وتطلب ترضع منى مع أختها الصغيرة ورضعت فعلاً ، وبعد كده لما تقوم تقول أنا معملتش حاجة ومتفتكرش حاجة خالص ، وساعات تكسر الدنيا وساعات تخنقنى جامد وتقول كلام عيب ، وبعد كده تنام وتقوم تقول معملتش وكأن شيئاً لم يكن ، وساعات تضربنا وتقول معرفكوش - وساعات تتقمص شخصية محامية ومرة دكتورة » .

الإضطرابات الإنشقاقية والتحولية:

الإضطرابات التحولية هى أن تتحول الصراعات النفسية اللاشعورية إلى أعراض جسدية فى صورة ـ غيبوبة نفسية أوشلل مؤقت أو خرص أو

صمم مؤقت ـ تعبيراً جسدياً يرمز إلى صراع مكبوت فى اللاوعى والمريض هنا يأتى لايشعر ولايشتكى إلا بالشكوى الجسدية وفى تعامى تام عما وراءها من كبت نفسى. ويبدو أن الشكوى الجسدية فى هذا الاضطراب التحولى ربما إنشقت من المنظومة النفسية كما انشقت الذات أو الشخصية فى الانشقاق وصار التعبير جسدياً بدلاً من التعبير عن طريق إضطراب الذاتية أو الذاكرة . ولهذا عندما تزول الأعراض التحولية يفاجىء المعالج بعاصفة شعورية كانت مختبئة وراء الأعراض الجسمية التحولية والتى ترمز لما وراءها. لقد كان يطلق على هذه الأعراض التحولية (الهستيريا الصغرى) ولها أعراض بدنية ونفسية مثل : الزلة – السعال العصبى – انحباس الصوت – الشقيقة (فرويد فى التحليل النفسى للهستيريا – ترجمة الطرابيشى 1981) .

«بتتقلب سحنتها لما حد يتقدم لها!»:

لما جلست المريضة أمامى فى العيادة قام فم المريضة بالاعوجاج بطريقة غريبة جداً ومفاجئة وتكلمت بفمها المعووج كلام صعب فهمه وتقول « أنا عفريت عليها مش هطلع» مع أنها كانت عند دخولها العيادة طبيعية جداً فى شكلها وهندامها ومبتسمة ، وسرعان ما عاد فمها للحالة الطبيعية وبكت جداً مما قد حدث. وبسؤال المريضة تبين أنها تعرضت للأساءة الجسدية والجنسيه أثناء الطفولة.

التعليق: هنا اجتمع الازدواج والتحول فاعوجاج الفم نوع من التحول والشخصية المتبدلة نوع من الانشقاق ودائما يظهر أثناء المواجهة مع المعالج حيث المواجهة تستحث السمات الايحائية والانشقاقية ، وهذا نوع من التحويل أو الطرح (transference) .

الإضطرابات الإنشقاقية والجنس

العلاقة بين الانشقاق والجنس وطيدة ، وغالباً ما يشتكى مرضى الانشقاق من شكاوى جنسية ، وهذه العلاقة بدأت من سبب الإنشقاق الأصلى والذى أحياناً يعزى إلى الإساءة الجنسية فى الصغر وهذه الإساءة الجنسية المكبوتة لابد وقد تركت أثرها أيضاً على الناحية الجنسية. وهذه الشكاوي قد تكون واحدة من الآتى:

* فتور جنسي أو برود جنسي وربما نفور على عكس ظاهر المرأة والذى ربما يوحى بالإغراء.

* أحياناً ربما تحدث الإزدواجية وظهور الشخصية الأخرى أثناء الجماع وتنقلب على زوجها وتفسد اللقاء الحميم.

* قد تكون هناك شخصية أو ذات من الذوات تحب الجنس وتمارسه أكثر من ذات أو شخصية أخرى وقد تمارسه دون علم أو دراية الشخصية الأساسية بحيث لاتذكر المريضة ما قد حدث من ممارسة قد تكون غير شرعية.

«لما جوزي يقرب منى أحس بهبد!»:

امراة فى العقد الرابع من العمر ولها ثلاثة أولاد وشكوتها كالآتى: «لما أسمع قرآن أحس بهبد ، ودايما من زمان أحس ورايا نفس ولما جوزى يقرب منى أحس بهبد ، رجلى بتهبد ، ومن أول ما تزوجت أشعر بحد على الباب يبص عليه - خيالات - خواطر شيطانية تكلم جوايا ، جبت

الشيخ يقرأ عليه فحاجة تكلمت على لسانى من غير ما أتحكم تقول مش هتقدر عليه وساعات تضحك باستهزاء على الشيخ وتقول مش هتقدر عليه ، وبسؤال المريضة عن حياتها الإجتماعية قالت: ده تانى زوج ، الأول مكنش بيخلف وانفصلت عنه وتزوجت الحالى وبعد فترة اكتشفت أن طبعه جاف وأنا رومانسيه جداً وهو العكس - لا مبالاه - ضعيف جنسياً- كل لما يقرب منى يفشل مع إنه بياخد برشام ولو نجح يقذف سريعاً ، ومعاملته ليه مفهاش تقدير كتير وسلبي ، وأمام الأولاد مش بيحترمنى ودايماً مقيدنى وهو معايا فى الشغل كمان وهو معوق ومينفعش أخرج إلا معاه فى كل حته ، حاجة على طول تقوللى مش حسيبك مفيش حد هياخدنى منك أبداً ، حوار داخلى على طول ، أنا بحبك أنا بغير عليكى مش هسيبك مفيش حد هيقدر يبعدنى عنك » .

الانفصال والفصام :

كثيراً ما يخلط العامة بين الازدواج في الشخصية « الانفصال - الانشقاق - تعدد الذوات » وبين الفصام الذهاني والذي أحياناً يسمونه خطأً انفصامًا في الشخصية . العجيب أن أحياناً يخطئ المتخصصون ويشخصون الإزدواج على أنه فصام ، ويكتبون له علاجاً للفصام مما يزداد المريض سوءاً إضافة إلى ما يعانيه من أعراض جانبية من الدواء وغالباً ما يكون مرضى الإنشقاق والازدواج أكثر حساسية للدواء وعرضة للآثار الجانبية ، وهذا مما يصرف المريض عن الطريق السليم للعلاج ، على كل فالفرق بينهما كبير حيث أن الازدواج أو التعدد في الذوات يعتبر ضمن الاضطرابات العصابية والفصام من الاضطرابات الذهانية ، وبشيء من التفصيل إليكم هذه الفروق حتى يتبين للقارئ الكريم الأمر :

* الاضطرابات العصابية لا يفقد فيها المريض بصيرته ولا حكمه الصحيح على حالته وكذلك ليس عنده خلل واضح في التفكير وليس عنده الهلاوس والضلالات التي عند مريض الذهان .

* تعدد الذوات أو ما كان يسمى قديماً تعدد الشخصية ترى فيه التعددية على مستوى الذات بحالها بما فيه من صفات وسمات ، بمعنى أن الذات تنفصل عن الذات وكل لها مشاعرها وسلوكها وميولها ، وكل ذات في نفسها تجانس إذا ظهرتْ فهي متجانسة المشاعر والسلوك والتفكير وكذا الذوات الأخرى .

* أعراض الانفصال متقطعة في صورة نوبات وتموجات في المزاج والأعراض والعلاقات أما مرضى الفصام فمنحنى المرض ما يزال في تدهور مع الزمن .

* هناك أيضاً تعددية في مرضى الفصام الذهني ولكن على مستوى عميق ودقيق لدرجة أنها على مستوى يفصل بين المشاعر والسلوك وبين التفكير والشعور وبين الحواس من ناحية والتفكير والشعور من ناحية أخرى . فالذات الواحدة متعددة في داخلها ومتناقضة في خصائصها وليست متجانسة على الإطلاق في صفاتها ولا سماتها ولا ميولها .

وبمعنى آخر في «تعدد الذوات أو ازدواج الشخصية» كأنك قسمت العقل والجسد إلى نصفين متطابقين متماثلين وكل قسم على حده يتصرف بكامل خواصه وتجانسه . أما في الفصام فكأنك قسمت العقل إلى أجزاء صغيرة ذات خطوط انقسامية كثيرة وغير مستوية والأجزاء غير متساوية ولا متجانسة .

* في كثير من الأحوال المتعدد الشخصية طبيعي ولا يظهر عليه شيء مختلف تماماً عكس الفصام .

* كثيراً ما يشتكي مرضى الفصام بأصوات يسمعونها وهم جالسون بمفردهم « هلاوس سمعية » أو أشكال أو أشخاص يرونهم أمام أعينهم وهم ليسوا في الحقيقة وهذا ما يسمى: « هلاوس بصرية » وأحياناً مرضى الانشقاق يشتكون من أصوات داخلية تخاطبهم ، ولابد للمعالج أن يستكشف طبيعة هذه الأصوات أو هذه الخيالات حتى لا يخلط التشخيصين ببعض . مما يفيد هنا أن نعلم كيف يستقبل المريض هذه الأصوات وكيف يستوعبها وإلى أي شيء ينسبها .

يميل الانشقاقيون إلى نسبة هذه الأصوات إلى أنها جزء من أنفسهم وليست من الخارج وهذا عكس ما يحدث مع الفصاميين . وإذا احتار المعالج وتشوش في تشخيصه قد يكون من المفيد أن يسأل بعد فترة من المحادثة : كيف تشعرين الآن أيتها السيدة الفاضلة هل شعرت بالمحادثة أم لا ؟ فإذا قالت لا عرفت أنها مرت بانفصال أثناء المحادثة إما بسيط ، أو حتى انتقلت من حالة إلى أخرى أثناء المحادثة نست على إثرها ما عاشته الحالة أو الذات الأولى .

هذا وهناك فرق هام بين الفصاميين والانفصاليين Schizophrenics VS Dissociatiors : هو أن المريض الانشقاقي بينما يسمع الأصوات من داخله لا يفقد صلته بالواقع والحقيقة (Reality) كما يفقدها الفصاميون، والانفصاليون يعيشون مع الأصوات والذوات التي بداخلهم منذ زمن بعيد ، ويعجبون لما يجدون الناس لا تعيش ذلك . (Hadock 2001).

هل هناك سمات مشتركة بين الازدواج والفصام ؟ :

* التشخيصان يشتركان في أن المريض الفصامي والازدواجي يعتقدان تأثيراً من الخارج يؤثر على مشاعرهم وأفكارهم وسلوكياتهم.

* يعتقد الاثنان أن آخرين يسمعون أفكارهم وأن أصواتاً تعلق على أفعالهم.

* يسمع الاثنان أصواتاً داخلية ولهم ماضي من المحاولات الانتحارية.

* الفارق الأساسي بين الفصامي والإزدواجي أن الأصوات التي يسمعها الازدواجي أو الانشقاقي من داخله ، وفي نفس الوقت لا ينفصل عن الواقع ولا يفقد صلته بالحقيقة، كما هو الحال في الفصامي أو الذهاني.

* الإزدواجي لما يسمع الأصوات الداخلية يشعر أنها جزء من نفسه ويزعم أنه يعيش مع هذه الأصوات منذ فترة بعيدة ويستعجب لما يعلم أن الآخرين ليس لديهم هذا الشعور .

* يشعر الإزدواجي دائماً بأعراض جسمية طيلة حياته وهي غير مفسرة وليس لها سبب مثل تعب في المعدة أو الصداع .

وهذا الجدول يقارن بين الأعراض الفصامية الذهانية وبين الأعراض الازدواجية.

أعراض الإزدواج	الأعراض الذهانية الفصامية
ليس هناك ضلالات شاذة أو غريبة وكذلك نسبة الأعراض الانشقاقية تزداد مع الاختبارات الانشقاقية. ليس هناك ضلالات (بارانويدية)	١- وجود الضلالات والاعتقادات اللامنطقية والغريبة ومع اختبار الانشقاق يلاحظ عدم زيادة في نسبة الأعراض الانشقاقية وبالذات وجود ضلالات الاضطهاد والبارانويدي مثل المخابرات تتبعني وتلاحقني.
الذاتويه موجودة ولكنها قد يحدث فيها بعض الاختلال المؤقت.	المريض يفقد ذاتويته ودوره في المجتمع
الأصوات التي يسمعها تعكس حوار بين الشخصيات ويعتقد أنها تحدث من داخله فهي (وساوس داخلية من نفسه أو ذاته).	الهلوسة السمعية والبصرية والأصوات غير خاصة بالشخصيات الأخرى وكذلك يعتقد الفصامي أنها من خارج رأسه
غير موجود في الازدواج	التفكير يتميز بعدم الترابط وفقد اتحاد المعاني
الشعور هنا عادي بل أكثر عاطفية وانفعالية	الشعور هنا متبلد ولامبالي
لا يوجد	خلل في تقييم الواقع

هناك خلل واضح في الوظائف الاجتماعية والوظيفية وكذا في العلاقات	لا يوجد حتى لو حدث يكون مؤقتاً وعارضاً وسرعان ما يعود لوظائفه وعلاقاته الطبيعية.
الأعراض مستمرة لمدة أكثر من ستة أشهر	الأعراض هنا متقطعة ومؤقتة وهناك تقلبات سريعة في الأعراض والمزاج ودرجة من الخلل قد يحدث لكنه مؤقت.

الانشقاق والوسواس القهرى

يبدو أن العلاقة بين الانشقاق والوسواس القهرى وطيدة وقد ثبت أن الوساوس القهرية ترتبط بالاضطرابات الانشقاقية من نواحى:

1- المريض الموسوس أثناء وسواس التأكد والتثبت المرتبط بالأفعال القهرية ربما يكون لدية نسيان انشقاقى لتكراره الشديد للأفعال القهرية (Amnestic dissociation) وهذا يفسر عدم ملله من تكرار الأفعال القهرية وهذا الارتباط يتحقق فى وسواس التاكد القهرى والوساوس الفكرية أكثر منه فى وسواس النظافة والترتيب (Watson D 2003) (Rufer M etal 2006).

2- الوسواس القهرى مرتبط باضطرابات فى الذاكرة وهى الذاكرة السريعة غير الكلامية و كذلك الوظائف التحكمية للدماغ (Executive Function) وكل هذا بسبب خلل فى الفص الأمامى (Frontal) للمخ.

3- الوساوس الفكرية الملحة عند مريض الوسواس القهرى قد تتحول إلى ذات منفصلة أو شخصية أخرى تتكلم بنفس ما يعانيه مريض الوسواس القهرى فى ذهنه والفرق بين الوسواس والإزدواج هو أن الموسوس يشتكى من وطأة الأفكار على ذهنه والمزدوج الشخصية تتولى شخصية أخرى أو ذات أخرى بنفسها بعد انفصالها عن الذات الأصلية تتولى حكاية هذا الكلام أو الافكار الملحة فتريح المريض من

عنت مقاومة الوساوس.

4ـ وطاة الأفكار القهرية الملحة شديدة جداً عند مرضى الوسواس القهرى وربما تكون سببا فى انفصال جزء من الشخصية أو انشقاقها حتى يرتاح المريض من اللوم الشديد للنفس والتأنيب الذى يعانيه من فظاعة هذه الافكار.

الانشقاق والنوم :

هناك علاقة وطيدة بين الانشقاق والنوم حيث أجريت دراسات قاست الانشقاق عن طريق اختبار التجارب الانشقاقية مع اضطرابات النوم بقياس تجارب النوم المسحى (Iowa Experience Scale) ووجد أن ازدياد درجة الانشقاق مرتبطة بزيادة حدوث اضطرابات النوم. (Giesbrecht 2006) .

الكوابيس والانشقاق التعددى:

لقد أكد علماء النفس أهمية الكوابيس و الأحلام الغريبة فى حالات الانشقاق التعددى وهذا يأخذنا إلى القول هل اختلال مراحل النوم يفاقم من أعراض الانشقاق ، ومن ناحية أخرى الحرمان من النوم قد يزيد الاعراض الانشقاقية ؟. (Giesbrecht 2007) .

وهذا يفسر الأحلام الغريبة والتى تتمثل فى ظهور شخصية قبيحة فى الحلم تحاول إيذاءها وتتوعدها وتكبس على أنفاسها وترعبها وهذا ربما يكون ظهور الشخصية الأخرى والمشوهة من اللاشعور إلى عالم الأحلام.

الفزع الليلى وعلاقته بالصدمات:

الأحداث الصدمية والمؤلمة غالبا ما تسترجع أثناء النوم فى الأحلام وبما

أن العلاقة بين الانشقاق التعددى والانشقاق عموما وطيدة وكلاهما له علاقة بالصدمات النفسية فان العلاقة بين الانشقاق من ناحية والفزع الليلى ورؤية الأحداث الماضية بصورة مفزعة فى الأحلام من ناحية أخرى علاقة وطيدة أيضًا.

السمات العصابية والكوابيس:

لقد اكتشف أن السمات العصابية وضعف الحواجز داخل النفس البشرية (Boundary thinness) لها علاقة بالكوابيس الليلية.

وهذه الشواهد تعضد النظرية المستمرة للاحلام (continuity hypothesis of dreaming) والتى تقول بأن الكوابيس الليلية تعكس تجارب سلبية أثناء اليقظة. (Schredl 2006) .

تفسير الأحلام:

منذ زمن بعيد يرى علماء النفس علاقة بين الأحلام والهستيريا « الاسم القديم للاضطرابات الانشقاقية والتحولية » ، ويرى هؤلاء أهمية تفسير الحلم لفهم المريض وتقديم العلاج التحليلى له ، حيث أن تفسير الحلم من الطرق المسلوكة لكشف ما فى اللاشعور عن طريق تحليل المواد الموجودة فى الحلم ، كذلك الحلم واحد من المنعطفات اللتى يمكن بها تفادى الكبت، كذالك واحد من الوسائل الرئيسية التى تستخدم فيها يعرف بالأسلوب غير المباشر للوصول الى اللاشعور.(د.كمال وهبة ، د.كمال أبو شهدة فى مقدمة فى التحليل النفسى) .

(أقوم من النوم ألاقى نفسى عريانه !)

«بنت فى العشرين من عمرها ، حضرت تشتكى من أنها وهى نايمة فى

حد بيعتدى عليها بتقوم من النوم تلاقى هدومها مخلوعه ، وبتقول دايماً أشوف مناظر بشعة وأنا نايمه وأقوم مفزوعه وأصرخ ، وبتقول : بسمع أصوات زى حد بيكلمنى وبيهددنى لو معملتش كده هيموتنى ، فقلت لها معملتيش إيه ، قالت يعنى لو منمتش معاه ، وانت صاحية ، قالت ايوه ويكرهونى فى خطيبي وساعات مش طايقاه ، وبسؤال أهلها أجابوا: أول لما بدأ من سنتين تقريباً تبص فى المراية كتير وتسرح وتتغير وتقول أنا شايفة واحد وحش فى المراية ومرة صرخت من شكله وكانت تنزل فى الشارع ، ويجيلها تصرخ بالليل وتقول حد بيمسكنى من رجلى وإن حد ماسكنى وحد بيعتدى عليه وحد بيهددنى ، وبتوه ومتفتكرش ايه اللى حصل ، ورحنا للمشايخ ومفيش فايده ودايماً المشكلة دى تيجى مع الزعل » .

(الاضطرابات الانشقاقية) والشخصية الحدية:

(Borderline personality disorder)

الخلط بين ازدواج الشخصية و بين الشخصية الحدية يحدث كثيراً ولكن ليس وسط العامة وإنما وسط المتخصصين النفسيين ، وقبل أن نظهر الفرق بينهما أو العلاقة بينهما نتعرف أولاً عن هذا الاضطراب في الشخصية المنتشر والخطير وهو ما يسمى بالشخصية البين بينية أو الشخصية الحدية:

هذه الشخصية تتميز بالآتي :

1ـ هو اضطراب في الشخصية بمعنى سمة من سمات الشخصية أو نمط من أنماط الشخصية يتسم بالاضطراب وعدم التكيف ويسبب مشاكل كثيرة للشخص أو للآخرين.

2ـ هناك محاولات شديدة من الشخص المصاب بها لإتقاء الهجوم أو

الانتقاد وهذا ينم عن عدم احتمال لأي ضغط نفسي.

3ـ علاقاته بالآخرين دائماً تبدو غير مستقرة.

4ـ الاندفاعية والتهور والتقلبات الشديدة بالمزاج.

5ـ الوقوع في تصرفات غير مأمونة وخطرة مثل تعاطي الكحوليات أو المخدرات وكذلك الانحرافات السلوكية والجنسية.

6ـ المحاولات الانتحارية وكذلك إيذاء النفس.

7ـ التعبير عن الغضب يتم بصورة غريبة وغير منضبطة.

فالذي يوجب الخلط بين الإضطرابين الانشقاقي والشخصية الحدية هو أن الانشقاق يحدث فيه تحول سريع من ذات إلى أخرى وهذا التحول يكون في السلوك أيضاً وكذلك الانشقاقيون لا يحتملون أبداً الضغوط النفسية وردود أفعالهم متزايدة وعنيفة.

وإن لم ينتبه المعالج النفسي للفروق بين الاضطرابين سوف يجد صعوبة بل ولخبطة شديدة في تفهم المرض ومن ثم علاج المرض.

من المهم أن يعرف المعالج أنه حتى لو أدرك الفرق بين الاضطرابين فإنه أيضاً من المهم لعلاج هذا الشخص أخذ الشخصية الحدية في الاعتبار حيث يتم علاجها إن شاء الله. وليس الهدف هنا علاجياً فقط بل للتعرف أكثر على تركيبة هذه الشخصية التي يقابلها وتجمع أعراضاً من الاضطرابين، ولا يبعد أن يجتمع التشخيصان (الانشقاق واضطراب الشخصية) في نفس الشخص.

بعض علماء النفس يعتقدون أنه من الأفضل ألا يعتبر اضطراب

الشخصية الحدية اضطراباً في الشخصية حيث أن علاج هذه الاضطرابات يبدون صعباً جداً ولهذا يرون من الأفضل أن يصنف اضطراب الشخصية هذا على أنه اضطراب انشقاقي. والذي دفعهم لجعل التشخيصين تشخيصاً واحداً هو أن الاضطراب في الشخصية أيضاً ينشأ بسبب الإساءة أثناء الطفولة كالانشقاق، وكذلك رد الفعل للصدمات متزايد جداً وغريب كالانشقاق، بالإضافة إلى الاندفاعية والتهور.

ولكن الفرق بين الانشقاق واضطراب الشخصية الحدية هو وجود خال في الذاكرة لدى الانشقاقيين، وكذلك التغيرات المزاجية في الانشقاق من شخصية إلى أخرى خارج وعي الشخص وهذا يميز الانشقاق عن الاضطراب في الشخصية.

وخلاصة للقول: فإن جعل اضطراب الشخصية الحدية عبارة عن حالة انشقاق يجعله أسهل من ناحية التدخل العلاجي، ويجعل الأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين أكثر تفاؤلاً في التعامل معه.(Haddock 2001).

الانشقاق والاضطرابات الوجدانية:

:(Dissociation and bipolar disorder)

هناك وجه شبه بين المرضين حيث يشتركان فى التقلبات المزاجية والتصرفات الاندفاعية ووجود تاريخ للصدمات ووجود تصرفات لايذاء النفس أو الانتحار. كذلك قد يحدث اقتران بين الاثنين .(Wills & Goodwin comorbidity 1996)

وقد وجد الباحثان أن تشخيص الاضطراب الوجدانى قد يضيع فى مرضى الانشقاق التعددى وهذا الاقتران قد يزيد من صعوبة العلاج.

وهذا الاقتران أكثر ما يظهر فى المراهقين حيث ثبت حديثا أن الاضطراب الوجدانى يبدأ مبكراً قبل العشرين على عكس ما كان يعتقد قديماً ، هذا واجتماع التشخيصين يزيد من احتمالية الانتحار(Hanstock 2007) .

الاغماء الانشقاقى (عبر الثقافات):

أربعة أنواع من الانشقاق عبر الثقافات:

1- إغماء طبيعى تابع لطقوس معينة .

وهو مشتهر لدى الاندونيسين الرجال مع طقوس دينية جماعية حيث يدخلون فى حالة الإغماء إراديا ، واكتشفوا أن الرجال المصابين بهذا الإغماء لديهم نسب عالية من الأدرينالين والدوبامين والاندورفين.

2- التملك (التقمص) الاغمائى .

يحدث مع النساء اذا تعرضن للأحوال المؤلمة وهو قابل للرجعة (Gonzales 1996) .

3- أعراض هروبية أو ظاهرة الجرى اللاشعورى:

وتسمى بنوبات السعر (Amok) وهى نوبات مفاجئة ذات نشاط عالى أثناء الاغماء ومصاحبة لسلوكيات خطرة قد تصل إلى الموت وهذه الظاهرة المرضية مصحوبة بالنسيان. (Gonzales 1996) .

الاغماء السقوطى:

وهى عجز مؤقت وسقوط للشخص فى حالة انفصال أو انشقاق من غير تملك بشخصية أو ذات أخرى.

والملاحظ أنه فى كل مجتمع هناك عوامل تستخدم للتفريق بين (المرض

النفسى) و (التملك أو التلبس الروحى) (Castillo ١٩٩٩)

إقرار التصنيف الأمريكي الرابع للتعدد الانشقاقي المرتبط بثقافة المجتمعات :

المركز الدولي للصحة النفسية المسئول عن « الثقافة و التشخيص المرضي» افترض وقدم (63) مقترحاً نصياً خاصاً لإدخاله في التصنيف الأمريكي الرابع للأمراض النفسية (IV_DSM) .

وهنا خمسة أمور فى هذا التصنيف قد أخذت فى الإعتبار :

1ـ معظم أنواع الانشقاق حول العالم يعتبر طبيعي وغير مرضي.

ولابد أن يفرق بينه وبين الانشقاق المرضي عبر الثقافات عن طريق سمات معينة تميزه.

2ـ هناك عوامل ثقافية تؤثر على إعزاء وإلصاق المرضية ببعض أنواع التجارب الانشقاقية.

3ـ العديد من الأمراض الانشقاقية أهملت من التصنيف الأمريكي الثالث فأهملوا السمة الثقافية فيهم مثل (التلبس، واختلال الوعي النفسي).

4ـ إدخال هذه الأمراض لا ينبغي أن يكون على حساب إلصاق التصنيفات الثقافية تحت مسمى الأمراض النفسية.

5ـ تعريف الانشقاق المرضي عبر الثقافات يظهر تباينًا واسعًا ، وعند مراجعة النسخة الأصلية من النص الخاص بالتصنيف الرابع فقد تم قبول 42 ٪ من الستة والثلاثين مقترحاً ورفض 20 ٪ وتم تبسيط الثمانية بالمائة الباقين قبل إدخالهم.

وإن شاء الله بمزيد من التفصيل نناقش هذه النقاط الخمسة الخاصة

بالانشقاق من خلال منظور التصنيف الأمريكي الرابع.

1ـ معظم حالات الانشقاق طبيعية وينبغي أن تفرق عن الانشقاق المرضي:

كما ذكرنا في بداية الكتاب أن الانشقاق قد يكون طبيعياً وكذلك الانشقاق التعددي قد يكون طبيعياً في بعض الثقافات والمجتمعات بالذات المجتمعات الشرقية. والمركز الدولي للصحة النفسية علل حدوث مثل هذه الممارسات التعددية الطبيعية واستخدام الانشقاق التعددي كنوع من أنواع التجاوب علاجياً مع الجلسات العلاجية المتقبلة من هذه المجتمعات وبالذات الممارسات الدينية.

وهذا قد يحدث أعني (التعدد في الذوات الطبيعي) بغرض تغيير بعض العلاقات الاجتماعية غير المرغوب فيها من الشخص الذي ظهر عليه التعدد في شخصيته.

وهذه الإضافة فى التصنيف الرابع الأمريكي قد حددت سمات للانشقاق المرضي وهي:

أ ـ هذا الانشقاق التعددي المرضي لابد أن يحدث خللاً وإعاقة في حياة الشخص.

ب ـ لابد أن يكون عاماً بمعنى يحدث كثيراً وغالباً لا إرادي.

جـ ـ يظن (وفي حدود ضيقة) أنه سلوك طبيعي ولكنه مرضي لأنه تعدى الحدود التي يقبلها المجتمع وتقبلها الثقافة.

2ـ عزو والصاق المرضية لتجارب انشقاقية معينة يتأثر كثيراً بثقافة المجتمع.

في بعض المجتمعات قد تحدث حالات الانشقاق إراديًا وهذا يُعد أمراً

عادياً طالما يحدث تحت إرادة الشخص وحتى لو حدثت حالات الانشقاق عن غير إرادته فالمدة قصيرة وسرعان ما تزول ولا تؤدي إلى خلل وإعاقة.

فمثلاً يرى التصنيف الأمريكي أن حالات التلبس (possession) وخلل الوعي النفسي لابد أن تدرج تحت الممارسات والطقوس الطبيعية وحتى لو حدثت هذه الأمور بعد ضغوط نفسية صعبة فلا ينبغي أن ينظر إلى هذا الانشقاق التعددي على أنه مرضي طالما لم يتعد التقاليد والأعراف الثقافية وكذا لم يتعد التعبير في الإطار المناسب ، ودرجة الإعاقة فيه أيضاً بسيطة.

ولكن التصنيف الأمريكي هنا يطلب تحديد ما إذا كان رد فعل الشخص للضغط تعدى المعايير الثقافية العادية فيصنف ضمن الأمراض النفسية أم لا وهذا يطلب طبعاً من الخبراء في علم الثقافات وعلاقتها بالأمراض.

3ـ كثير من الأمراض الانشقاقية قد أهملت الصبغة الاجتماعية الثقافية في التصنيف الأمريكي الثالث.

القياسات عبر الثقافات أظهرت أنواعاً من الانشقاقات المرتبطة بالثقافات والمشهورة ومع ذلك لم تعتبرها سلسلة التصانيف الأمريكية ، ولتضمنها في نفس الوقت على الأعراض الانشقاقية صنفت حديثاً تحت مسمى (الاضطرابات الانشقاقية غير المحددة) ، بعض هذه الاضطرابات تتميز بنوبات من الهياج أو الإغماء النفسي وخلال الإغماء ربما تحدث أعراض عنف مفاجئة ، ويضعون ضمن هذا التصنيف التلبس بقوي تعتبرها ثقافة هذا المجتمع قوى خارقة (أرواح ، جن ، ملائكة، شياطين)، وهذه الأمراض منتشرة جداً في بعض المجتمعات ولا سيما العربي.

فمثلاً في بورتريكا كانت النسبة (10.4 ٪ سنة) . (Bravo 1993)

وفي الهند كانت نسبة التلبس (1 إلى 3.5 ٪ سنة 1994) (Lewis ـ Fernandez ، R. (1994).

وفي إحصائيات 1974 وجد انتشار التلبس بنسبة (90 ٪ في حوالي 437) ثقافة في بلاد العالم.

وكانت التوصيات بادماج هذا الصنف من الانشقاق التعددي في التصنيف الأمريكي الرابع بشرط أن يطابق التلبس هذه المواصفات.

أ ـ تنظيمه وفق المعايير الوصفية لا على قاعدة منفصلة مثلاً (تعتمد على الأسباب).

ب ـ وجود إحصائيات لهذا الاضطراب.

ج ـ الاضطراب منتشر عبر هذه الثقافة أو في هذه المنطقة المعينة بدرجة ملحوظة .

4ـ من منظور الثقافات ، هذا الاضطراب موجود ولكنه ذو رؤية تصنيفية منفردة تظهر من خلال فهم هذه الثقافة للمرض .

هذا التقسيم لابد أن يفترق عن التصنيف الغربي المهني ، بينما في نفس الوقت يشتمل على تعريف الاضطراب الانشقاقي في التصنيف الرابع الأمريكي.

لقد وضع هذا التصنيف أهمية لإدخال هذه التعريفات الانشقاقية الجديدة المرتبطة بالثقافات، ولكن لا تكون على حساب التصنيف المميز والخاص بالأمراض الأخرى الوطنية أو القومية الأساسية (إن صدق

التعبير)، وإلا لكان غزارة التصانيف تحير الأكلينيكيين وتصرفهم بعيداً عن التشخيصات الأساسية.

فمثلاً، المشخص لا يستطيع أن يصيب التشخيص الصحيح ويقع في «حيص بيص» إذا تعامل مع حالات عديدة منسجمة مع الثقافة ولا تحتوي على صفات الانشقاق المرضي.

فالفريق الباحث هنا اقترح أن التشخيص الأساسي لابد أن يبقى وفى كلِ حالة ظهور عرض التلبس مثلاً يأخذ المريض تقييماً وتشخيصًا منفصلاً (مثال التلبس: انشقاق إغمائي، اضطراب الهلع، نوبات انفجار وهيجان متقطعة).

5ـ تعريف الانشقاق المرضي عبر الثقافات متباين جداً.

تختلف الاضطرابات من ناحية شيوعها ومن ناحية رؤيتنا لها من بلد لآخر. فبينما أهل بلد يعتبرونها مرضاً يستدعي العلاج ، بلد آخر يعتبرونها طبيعية.

فمثلاً: تزداد نسبة شيوع اضطراب الانشقاق التعددي في بلدان أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية عنها في بلاد أخرى. (Ross 1991) .

كذلك اضطراب عدم الإحساس بالذات أو بالغربة عنها (depersonalization) يحتاج إلى افتراضات ثقافية حتى يصبح مرضاً، ففي مجتمع كالهند لا يعتبر مرضاً لأنها تعتقد في الوساطة الروحية والوسطاء الروحيين وبالتالي لا يمثل هذا الإحساس شيئاً مرعباً ولا يؤدي إلى خلل أو إعاقة وبالتالي فنسبة شيوعه في الهند وغيرها من البلاد قليلة لشيوع التجارب الانشقاقية الطبيعية في مثل هذه البلدان. (Castillo 1994).

وصف التلبس في التصنيف الأمريكي الرابع (ضمن المشاكل الدينية والروحية).

الشخص يدخل في حالة من اختلال درجة الوعي ويشعر أنه استولى عليه روح أو قوة أو جن أو ملك سيطر عليه تماماً وتحكم في عقله وجسده وبعد ذهاب النوبة ، الشخص لا يشعر تماماً بما قد حدث له.

هذه التجارب عاشت زماناً طويلاً في تاريخ البشرية ، وكثير من الملل تعتنقه ، ومعظم من تحدث قديماً وحديثاً وصف التلبس الروحي على أنه عامل مسبب لهذه الظاهرة . وبالإضافة إلى هذا فالملايين من البشر في القديم والحديث ما يزالون يعرضون على علماء الدين والروحانيين لإخراج الأرواح الشريرة من أجسادهم.

الانشقاق والتلبس الروحى:

فى بداية الحديث عن هذا الموضوع الشائك لابد أن يؤخد فى الاعتبار أن نظرتنا للشخص لابد أن تكون شاملة للانسان، حيث أنها تشمل أبعادًا روحية ونفسية واجتماعية وعضوية جسدية ، ولهذا فإن المثبتين من علماء النفس للتلبس الروحى يرونه على أنه مشكلة روحية فقط ، ولكن المرض النفسى متعدد الأبعاد (روحية - اجتماعية - نفسية - عضوية جسدية) وهذه النواحى كلها تلعب دورًا فى التسبب فى المرض النفسي .

(DSM – IV Religious and spiritual problems lesson 3 – 10 possession)

التلبس الروحى مفهوم قديم جدا وهناك ما لا يحصى من الكتابات والمراجع تتحدث عنه بغض النظر عن حقيقته أم لا. (Prins 1992) .

عالم الأنثرو بولوجى « اريكا » هو أكثر العلماء وصفًا لنظرية التلبس أو التملك الروحى سنة 1976.

What is Spirit Possession? Defining، Comparing and Explaining Two Possession Forms.

(Published in: Ethnos، Volume 73، Issue 1 March 2008، pages 101 - 126).

أنواع التلبس الروحى:

1ـ تلبس بدون اغماء نفسى.

2ـ تلبس مع اغماء نفسى.

3ـ تلبس طقوسى.

النوع الأول وهو اعتقاد التلبس من غير الإغماء فان الشخص يعتقد هو والملاصقون له أن التملك قد حدث فجأة وتغير الصوت وتغيرت الطريقة بدون سابق إغماء.

أما فى التلبس الاغمائى فهناك خلل فى درجة الوعى، وفى التلبس الطقوسى يحدث فى بعض الطقوس الدينية وحلقات الذكر الصوفية والزار وما شابه ذلك.

شاب تتملكه شخصية أخرى فى لجنة الامتحان!:

شاب فى الصف الثانى الثانوى يشتكى أهله من أن شخصية أخرى تظهر عليه تريد له الأذى وأحياناً تظهر بإغماء وتتحدث على لسانه ثم تختفى ولايذكر شيئاً مما حدث، وأحياناً تظهر بدون إغماء وهذه الذات

تخبر الحاضرين بأنها مرسلة وموكلة بإيذائه وإفشاله فى الدراسة وتبقى لدقائق ثم تختفى.

الشاب فى طريقه للامتحان: اصطحبه بعض أهله وزملائه خوفاً من حضور الشخصية عليه وانصرافه عن الامتحان لأن ذالك قد حدث من قبل ، ومع إقتراب الطالب من مدرسته تغير وتبدل وظهرت عليه الشخصية الأخرى فولى ظهره وانصرف راجعاً إلا أن الزملاء ضغطوا عليه وانتهروه فعاد إلى شخصيته وذهب للامتحان.

الطالب فى اللجنة: الطالب فى لجنة خاصة حيث أن الأهل قد قدموا التماساً للمدرسة وقبل ، وكان والده له أقارب من المدرسين بالاضافة إلى أن مرضه قد تكرر مراراً من قبل والمدرسون يراعون ظروفه ومتعاطفون معه ، ما إن أمسك بالقلم حتى حضرت عليه الشخصية الأخرى وزاغت عينه وتغيرت نظراته واذا به يرفض الكتابة تماماً مع أن الجو المحيط به متعاطف معه تماماً ، وقد كان أهله قد طلبوا من الطبيب النفسي الحضور والجلوس معه فى اللجنة فتعامل الطبيب مع الشخصية الأخرى لصرفها عنه وإعادة شخصيته الأصلية وعلا أصوات المدرسين والمراقبين فى اللجنة بالقرآن لطرد هذه الشخصية الغريبة الرافضة للكتابة فى الامتحان. كانت هذه الشخصية غريبة جداً وهى تنظر إلى الساعة وكأنها لم تنظر إلى ساعة من قبل قط تستعجل إنقضاء الوقت وإنتهاء الإمتحان وبالتالى رسوب الطالب ، بينما الطالب فى الإمتحان والطبيب بجواره والمدرسون والمراقبون يحيطون به دخل رئيس اللجنة بسبب الجلبة والأصوات المتعالية فإستنكر جداً الوضع وإتهم الحاضرين كلهم بالتواطؤ مع الطالب وتحويل اللجنة إلى مولد وصاحبه الطالب المحظوظ الذى حوله كوكبة كل منهم

يستطيع حل الإمتحان فى أقصر وقت ويفاجأ الحاضرون بأن الشخصية المنشقة تضحك و تفرح برئيس اللجنة هذا والذى سوف يحقق مطالبها بمعاقبة الطالب وفض الحاضرين ، وينصرف رئيس اللجنة ويعود الطالب إلى شخصيته الأصلية ويستمر ضغط المحيطين به كى يكتب فى الورقة وتعاود الشخصية الأخرى الحضور وتتلفظ بألفاظ تنتظر حضور رئيس اللجنة وتتسمع صوته من الخارج وتقول (إنت فين تعالى بسرعة) لكى يحضر و يهاجم هذا الجمع ، ولما حضر رئيس اللجنة وفرحت به الشخصية الغريبة ، عندها تعاطف رئيس اللجنة مع الطالب وتعالى صوته مع الحاضرين بالقرآن بغية طرد هذه الشخصية الشريرة التى تحاول تضييع مستقبل الشاب ، وانتهى وقت الإمتحان بين شد وجذب وهرج ومرج دون أن يكتب ما ينجح به وطيلة الوقت و الشخصية المنشقة مسيطرة ومانعة من الكتابة.

التعليق: الأمر هاهنا محير حيث أن الشخصية البديلة لا يظهر منها أنها تريد مكاسب بل العكس ولم يكن هناك تاريخ يثبت إساءة جنسية أوجسدية فى الطفولة ، ولم يكن هناك ضغوطاً نفسية شديدة بل الدراسة لم يكن لها عبء يذكر وهى مدرسة عربى عادية وهو مسنود فيها ، فأعتقد أن هذا الانشقاق كان من نوع التلبس الإغمائى.

التلبس والمرض النفسي:

يرى التصنيف الأمريكي في درسه الثالث (3.10) أنه بينما ظاهرة التلبس ظاهرة مألوفة وعادية في كثير من المجتمعات، فإن المجتمع الغربي يعتبرها مرضية وربما يتحير المعالج في التشخيص أور بما يشخصها على أنها اضطراب ذهاني . ومن المهم أن نعرف أن بعض علماء الأنثروبولوجي

(Heinz 1982) بعد دراسة للتلبس في كثير من المجتمعات أشار إلى خطورة وصف هذه التجربة بالمرضية.

وقال ما نصه : (المفهوم الذي يثبت النفس السوية يختلف من ثقافة إلى أخرى ، وإلى أي مدى تدميري وضع مسمى المرض النفسي على أي حالة من الوعي غريبة أو عجيبة).

على أية حال التلبس أو التلبس الإغمائي قد وضع تحت مسمى الاضطرابات الانشقاقية غير المحددة وتعريفها كالآتي :

التلبس الإغمائي هو نوبة خلل في درجة الوعي تتميز باستبدال الشخصية بأخرى لها ذاتية جديدة . وتعزى هذه الذات إلى تأثير روحي أو قوة عليا أو آلهية .

ومع ذلك فإن التلبس قد يصاحبه أعراض انشقاقية لا تعترف بها ثقافة المجتمع وتحدث بعيداً عن الممارسات الثقافية والدينية .ويعتبر التلبس مرضياً إذا أدى إلى إعاقة اجتماعية أو وظيفية أو إلى كرب بالغ للمريض.

أعراض إكلينيكية مصاحبه:

الشخص الذي يعاني من التلبس يشعر بأن سلوكه خرج عن السيطرة فأصبح سلوكاً شاذاً أو غريباً مثل : اختناق شديد ، قيء مفاجئ وعنيف ، قوة مفاجئة قوية ، تشنجات عنيفة ، إلتواءات غريبة بالأعضاء وأثناء هذا تصدر لهجات غريبة أو أصوات غريبة مما يثير الرعب في الشخص نفسه وللمحيطين به .

ومن المهم في العلاج أن يقرر المعالج هل هذه نوبة مرض نفسي أم مشكلة روحية ؟.

التلبس الجني أو الروحي ليس مرضاً نفسياً وتشخيص المرض النفسي ليس بديلاً لتشخيص التلبس الروحي ، بمعنى أن نفس الأعراض يطلق عليها الطبيب مرضاً نفسياً ويراها الآخرون تلبساً روحياً.

وللزيادة في التوضيح فإن الدرس الخامس للتصنيف الأمريكي الرابع تعامل مع التلبس الروحي على أنه مشكلة روحية بينما المرض النفسي متعدد الشئون ويشمل عوامل روحية واجتماعية ونفسية وعضوية كلها متداخلة ومشتركة في إحداث المرض ، العلاقة بين هذه العوامل معقدة والتشخيص الفارق يحتاج إلى مهارة كبيرة للتفريق هل هذه المشكلة روحية أم عضوية أو نفسية؟.

وأنا أرى أن الانطلاقة من هذا المبدأ قد تحل كثيراً من الخلافات والجدل الثائر بين الأطباء النفسيين والمعالجين النفسيين من ناحية والمعالجين الروحيين من ناحية أخرى. فالمريض الذي تعددت آثار مرضه فأثرت عليه روحياً واجتماعياً ونفسياً وعضوياً غالباً ما يكون مرضاً نفسياً والشخص الذي لم تتعدى آثار مرضه الناحية الروحية بمعنى أن نواحي حياته النفسية والجسدية والاجتماعية سليمة إلى حد ما فهذا غالباً يصنف مرضاً روحياً.

الغشية النفسية (Trance) :

ويعد من أشهر أنواع الإغماء حيث أنه عبارة عن اختلال في درجة الوعي ليس بسبب نوم ولا حلم ولا غيبوبة مرضية عضوية . وبتعبير أدق أحياناً يصفونها بأنها حالة بين النوم واليقظة يذوب فيها الشخص أو يسحب من المجتمع الخارجي.

وهذه الحالة ربما تشبه حالة الإنسان عند دخوله في النوم أو استيقاظه

حيث يتمكن أن يرى أو يسمع ما ليس حقيقياً أو موجوداً وهو ما يسمى بالهلوسة السمعية والبصرية أثناء هذه الفترة (، hypnagogic hallucination ، hypnapompic) وعلماء النفس يعتبرون هذه الهلاوس أثناء فترة ما بين النوم واليقظة عرضاً طبيعياً على أساس أنه في حالة اختلال في درجة الوعي طبيعي . وهذه الحالة (الإغماء النفسي) ربما تشبه حالة التنويم الإيحائي (المغناطيسي) الذي يحدث إما إرادياً عن طريق تنويم الشخص لنفسه أثناء التفاعل مع بعض الجلسات الروحية أو تنويم المعالج النفسي له .

سمات الأشخاص الأكثر عرضة للإغماء النفسي :

افترض سبيجيل (1974) أن هؤلاء الأشخاص ذوي القابلية الشديدة للإيحاء والتنويم يتميزون بمطاوعة اجتماعية أو تأثر اجتماعي زائد عن الحد ، وارتباك في ثبات دورهم وتماسكهم ، وعدم تحمل الحكم النقدي من الآخرين والقابلية للانغماس كلية في الحاضر والتركيز الشديد في الحدث لدرجة الذهول أو التوهان . كل هذا من سمات هذه الشخصية. (Spiegel ، H. (1974) .

كذلك أكد لين و رو (1994) أن الأشخاص الذين لديهم قابلية للخيال (خياليون) في نفس الوقت لديهم قابلية شديدة للإيحاء والتخيل وسهل التأثير عليهم وعندهم هلاوس وأشباح مشكلة يرونها. ومن العجيب أن 75 ٪ من هؤلاء يعيشون حالة طبيعية ويتكيفون بطريقة سوية مع البيئة المحيطة مع وجود الخيالية والقابلية للتجارب الغريبة . ولكن 25 ٪ ربما يعانون من اضطراب في التكيف مع أعراض مرضية وطريقة تفكير شاذة (Lynn SJ ، Rhue JW ، eds. 1994).

الحدود العقلية (mental boundaries) :

هارتمان (1991) قدم هذه النظرية (الحدود العقلية) لتفسير ظاهرة الإغماء النفسي كنوع من الانشقاق وافترض فيها أن من يعاني من كوابيس ليلية مزمنة يتميز بحدود ضعيفة دقيقة داخل عقله والتي تؤدي إلى القابلية الشديدة للإيحاء والشفافية والذوبان الشديد مع التداخل بين حدود الوعي واللاوعي في قابلية شديدة للانفتاح وذوبان الحواجز الدفاعية تجاه المحيط الخارجي . هؤلاء الأشخاص كثيراً ما يظهرون تجارب غير عادية أو ما يسمى بما وراء الحس .

ولا يخفى أن هؤلاء أكثر عرضة للاضطرابات النفسية وعدم التكيف مع الكروب النفسية.

وعلى كل فالميول للذوبان في الخيالية له أسباب دينية وثقافية وبيئية . كذلك الطريقة التي تظهر بها الغيبوبة أو الإغماءة النفسية وكذا السلوك الإغماء النفسي تحدده قرائن الثقافة والبيئة والجو المحيط.

أمثلة للغيبوبة أو شبه الغيبوبة النفسية :

هذا الإغماء النفسي الهستيري كما يطلق عليه قديماً يفترق عن غيره من الإغماء في أن المريض في حالة اختلال الوعي يرى ما ليس موجوداً وكذا يسمع ما ليس موجوداً ويتمتم بكلمات غير مفهومة أو بلغة غريبة ومحتواها غريب أيضاً.

ومن أمثلة ذلك : ما يحدث في جلسات التأمل والطقوس الدينية وغسيل المخ والاستجواب وكذلك أحلام اليقظة والوساطة الروحية.

(Coons and Bowman. 1991)

الفرق بين الإغماء النفسي والتنويم المغناطيسي :

قد يحدث خلط بين الإغماء النفسي والتنويم المغناطيسي وهذا التنويم المغناطيسي يحدث بسبب تفاعل الشخص مع المنوم المعالج وبإرادة من الإثنين .

ويرى البعض أن لفظ (hypnosis) أو التنويم ليس صحيحاً حيث أن الشخص ليس نائماً ولا منوماً ورسم المخ ساعتها لا يظهر نوماً وإنما استرخاءًا. بالإضافة إلى أنه خلال التنويم يكون الشخص شديد التركيز وبالغ القابلية للإيحاء. أثناء التنويم قد يحدث خلل في الذاكرة أو المزاج أو الحواس أو الذاتية أو الوظائف الحركية وقد يستفيد المعالج من هذه الأشياء لإقناع الشخص بأشياء لمصلحة علاجه أو علاج أحداث مؤلمة في ذاكرته (Tart 1990).

التلبس والإغماء الهستيرى:

يختلف التلبس عن الإغماء النفسي السابق ذكره في أن التلبس هنا بالإضافة إلى وجود خلل في درجة الوعي (نفسى) فهناك ذات أخرى أو شخصية أخرى تقصمها هذا الشخص مع وجود سلوكيات وأصوات غريبة متكررة تعزى إلى العامل الذي تلبس هذا الشخص. وقد تبين مما لا شك فيه أن هذا الاعتقاد يفرض نفسه على كثير من المجتمعات والثقافات وليس من السهل انتزاعه كلية من هذه الثقافات حيث أنه يرتبط بثقافاتهم الدينية والاجتماعية.

وبينما يرى علماء النفس أن التقمص تجربة انشقاقية نفسية لا علاقة لها بالتفسير الغيبي أو أن الذات المتلبسة خارجة عن هذا الشخص ومستقلة

عنه، يرى البعض منهم أن هناك احتمالاً لوجود التأثير الخارجي. (Alison 2000).

ضلالة التلبس : (delusion of possession) .

قد تكون عرضاً من أعراض الفصام أو الذهان حيث يعتقد الفصامي أنه متلبس بقوى خارقة أو أرواح طيبة أو شريرة مسيطرة على عقله وتفكيره وجسده .

وهذا الفصامي يختلف عن الانشقاقي بأعراض الفصام الأخرى الذي ذكرت في أول الكتاب وأهمها اضطراب التفكير.

التلبس وهل يفترق عن ازدواج الشخصية :

يرى سبانوس (1985) أن التلبس وازدواج الشخصية تعلمهما الشخص لمحاكاة الطقوس الدينية التي سادت في مجتمعه وتأثر بها إيجابياً إلى حد بعيد. وهذا لكي يتنصل من المسئولية الشخصية.

ويرى سبانوس أن مصطلح التلبس مصطلح ديني ، العلماني منه يسمى (ازدواج الشخصية) .(Spanos 1985) .

على العموم فالاثنان يشتركان في أن العامل الثقافي والاجتماعي يشكلان شكل الحالة ومحتواها إلى حد كبير. والاثنان كذلك يتفقان في أن هناك خللاً في الذاتية وفقدان ذاكرة لكن ما يميز التقمص أو التلبس هو أن هناك خصائص غريبة ومعلومات خاصة وفريدة وتصرفات جسدية غريبة مع صبغة دينية إما كفرية وإما دينية مختلفة عن أسلوب الشخص نفسه.

أما الفروق فإن في ازدواج أو تعدد الشخصية هناك إساءة جسدية أو

جنسية في الطفولة وهذا غائب في التلبس المرضي.

كذلك ازدواج الشخصية له تاريخ مرضي مزمن والتعددية تظهر من الطفولة وفي مراحل مبكرة وهذا لا يوجد في التلبس حيث أنه ذو تاريخ قصير وبداية سريعة وغير مزمنة.

بينما يتفق التشخيصان على أن هناك تغيرًا شديدًا في الذاتية والسلوك فإن التغير في الذاتية في (ازدواج الشخصية) يبدو غريباً ومتعدداً (شخصيات كثيرة) ويظهر أن الذوات أو الشخصيات تظهر من داخل الشخص ولها علاقة بمراحل مبكرة من حياته. أما في التلبس فليس هناك منحنى مرضي مزمن والذات التي تظهر قليلة وتتبع النماذج الثقافية والاجتماعية والدينية وتظهر وكأنها من خارج الشخص. (Kluft 1991).

كريبنر (1987) وصف فروقاً بين الازدواج والتلبس الروحي عن طريق ظهور أساليب وأنماط صوتية غريبة . (Krippner 1987) .

جودمان (1981) أجرى تحليلاً لهذه النبرات الصوتية لبعض حالات التلبس عبر العالم فوجد أنماطاً صوتية مميزة.(Goodman 1981) .

وهناك فارق آخر وهو في مدة النوبة حيث أنها أطول في ازدواج الشخصية (دقائق إلى ساعات) أما في التلبس فهى دقائق. أما من ناحية السبب فغالباً السبب في التلبس التأمل أو التأثر والانفعال الروحي أما في تعدد الشخصية فهو الضغوط الانفعالية.

التلبس في مجتمعنا أكثر شيوعاً من تعدد الشخصية :

.Multiple personality > Possession

تُعد حالات التلبس والإغماء النفسي ، هي الأكثر شيوعاً (Trance possession) في مجتمعنا ، وهذا للأسباب الآتية:

1ـ قلما تجد في هؤلاء المرضى تاريخاً يثبت إساءة جنسية أو جسدية أثناء الطفولة.

2ـ يظهر الإغماء التلبسى غالباً أثناء جلسات العلاج الروحي أو تفاعلاً مع بعض الأجواء الروحانية.

3ـ الذات المتلبسة (الشخصية المتقمصة) غالباً تعزى في مجتمعنا إلى الجن والشياطين.

4ـ المعلومات التي تظهر على الذات المتقمصة معلومات غريبة ومرتبطة بثقافة ودين الشخص نفسه.

5ـ الأصوات و النبرات المنبعثة من فم هذا الشخص الذي يعاني من التلبس أصوات أو نبرات غريبة ومميزة.

6ـ غالباً هذا العامل المتقمص أو الذات المتقمصة تنطق بحب هذا الشخص وتخويف الملتصقين به من أن يؤذوه ويهيب بهم الإحسان إليه لأنه يحبه ويلازمه وإن لم يحدث يتوعدهم وأحياناً يعتدي عليهم. وأحياناً تظهر في صورة قوى شريرة تبث الرعب في المحيطين وتتوعد بإيذاء الشخصية نفسها ومن حولها.

7ـ هذه الذوات تظهر إذا تعرض الشخص للضغوط أو الكروب أو سوء

المعاملة الشديدة.

8- ظهور التلبس في مجتمعنا مرتبط (في ثقافة مجتمعنا) بأسباب روحية والاعتقاد في قدرات خارقة تظهر في صورة ذات أخرى مختلفة عن ذات الشخص نفسه وبالتالي علاجها يعتقد أنه روحي.

9- الأشخاص الذين يعانون من التلبس غالباً يفضلون ويميلون للمعالجين الروحيين ويتحاشون الذهاب إلى الأطباء النفسيين المتخصصين.

ويقول د. طارق الحبيب (لكن ما يجب التنبه اليه أن التصنيف الطبى النفسى لايعترف بوجود الجن ولاينسب أعراض تلك الحالة أو الاضطراب النفسى إلى الجن، وفى الوقت ذاته لا يقدم تفسيراً جلياً لسبب تلك النوبات من الاضطراب النفسى، ولذالك فإن هذه النوبات المصنفة تشترك فقط فى الاسم (التلبس) مع مسمى المس عند الرقاة (العلاج النفسى والعلاج بالقرآن لطارق الحبيب).

هل هناك إغماء نفسي (الغشية) مرضي وإغماء نفسي طبيعي؟:

هناك فرق سهل بين الاثنين وهو أن الإغماء النفسي التلقائي اللاإرادي يعتبر مرضياً أما الذي يحدث بسبب التفاعل الطبيعي مع الممارسات الثقافية والدينية فلا.

وهذا فارق عام إذ أن كثيراً من حالات الإغماء النفسي أو حتى التلبس لا تحدث إلا في هذه الجلسات وفي غيرها الشخص لا تحدث له هذه الأعراض وهنا لابد أن ننتبه فمعظم حالات الإغماء النفسي والتلبس الروحي تكتشف أول مرة مع حضور تلك الجلسات التحضيرية ثم يكثر ترددها بعد ذلك على المعالجين ثم على الأطباء النفسيين وكأن السبب المظهر

لهذا الأمر هو حضور تلك الجلسات الروحية من قبل هذه الشخصيات ذات القابلية الشديدة للإيحاء.

وهذا الفرق الهام هو الذي دفع المصنفين لتقديم لوازم وشروط للتشخيص المرضي للإغماء التلبسي وهي:

1ـ إما (أ) أو (ب) :

أـ إغماء أو غيبوبة مؤقتة أو اختلال في درجة الوعي يتميز بـ:

إما فقد في الذاتية أو قلة وعي بالجو المحيط أو تركيز على مؤثر خارجي، كذلك يتميز بوجود سلوكيات حركية متكررة خارجة عن سيطرة الشخص.

ب ـ التلبس: الاعتقاد أو الإيمان بأن الشخص قد تملكه شخص آخر أو تمكنت منه روح أو قوة خارقة.

2ـ الغيبوبة أو التلبس غير مصنف على أنه جزء طبيعي من الممارسات الثقافية والدينية.

3ـ هذه الأعراض تسبب خللاً في الوظائف الاجتماعية والوظيفية.

4ـ لا يحدث هذا خلال نوبات الذهان ولا ازدواج الشخصية أو تعاطي المخدرات.

ويرى ريتشارد 1974 **أن هناك شروطا لتشخيص التلبس وهى:**

* حدوث تغيرات شديدة مفاجئة فى الشخصية مثل الهيئة والصفات والسلوكيات بل والذكاء أيضاً.

* تغيرات جسدية مثل القوة الشديدة والتشنجات والكتاتونيا والوقوع المفاجئ.

* سلوكيات غريبة مثل نطق على اللسان بلغة غريبة صحيحة ، التخابر ، التنبؤ.

* تغيرات روحية متضمنة لأداء صلوات وعبادات ليست من عادات الشخص. (Richards 1974) .

خطوط إرشادية لعلاج ازدواج الشخصية

أهداف العلاج:

* مهما تعددت وتنوعت الطرق العلاجية فإنها ينبغى أن تهدف إلى تكامل الشخصية ووحدتها، المعالج يجب ألا ينسى أن هذه الذوات المتعددة تكون فى النهاية شخصية المريض ولهذا من الأخطاء العلاجية والتى تسير فى الاتجاه المعاكس للشفاء هو معاملة الذوات معاملة أشخاص حقيقيين أو أن هناك شخصية أو ذات أهم من أخرى أو تسمية شخصيات ذوات منشقة ليس لها أسامى بأسماء مميزة لهم.

* لابد أن يعى المريض أن وظيفة ظهور تلك الشخصيات أو الذوات هى وظيفة تكيفية حيث أن الذات الأصلية للمريض لما فشلت فى المواجهة أو التكيف بنفسها انشقت منها ذوات أخرى لمواجهة المشكلة أولكى يكسب مكسب لا تستطيع الشخصية أو الذات الأصلية كسبه أو حل مشكلة ما ، ولهذا لابد أن يلجأ المريض ويعينه الطبيب على ذلك - يلجأ لإيجاد طرق أخرى تكيفية لمواجهة المشكلة وحلها بدلا من الحلول غير المأمونة أو المضطربة.

* الشعور بوحدة الذات ودمج الشخصيات فى شخصية واحدة هو الهدف الأهم فى العلاج ، أما التكامل فهى عملية تهدف إلى علاج الإنشقاق عموما حيث أن الوظائف الذهنية فى مرضى الانشقاق تعانى من فقد الترابط والتكامل.

أنواع العلاج المستخدم فى التعدد الإنشقاقى:

1ـ **العلاج المعرفى** (Cognitive therapy):

ويهدف الى تغيير التشوه المعرفى لدى المرضى ، وحيث أن العلاج المعرفى بنى على أن الفكر يتبعه مشاعر والمشاعر يليها سلوك وفعل ، فكذالك الخلل فى الإنشقاق جاء من خلل فى التكيف ثم يليه مشاعر سلبية تابعة له وأخيراً سلوكيات مرتبة على ذالك. العلاج المعرفى السلوكى قد يستخدم لمساعدة المريض على تغيير الاعتقادات المشوهة المرتبطة بالصدمات النفسية التى مربها أو لادارة الأزمات النفسية والسيطرة على السلوكيات الاندفاعية.

2ـ **العلاج السيكوديناميكي** (Psychodynamic therapy):

بما أن الإنشقاق هو إبعاد اللامقبول عن دائرة الوعى فهذا العلاج يهدف إلى إرجاع اللامقبول مرة أخرى إلى دائرة الوعى وهذا العلاج أطول من غيره من الأنواع ويعتمد على محاولة إعادة ترجمة الكروب والتجارب النفسية السابقة وتبصير المريض بها.

3ـ **علاج أنظمة الأسرة**(Family system therapy) :

حيث أن النظام الداخلى للأسرة يشبه النظام الداخلى للنفس التعددية، يمكن إستخدام نفس المدخل لعلاج أجزاء النفس المتعددة ، بمعنى أن العلاج الأسرى يرى الأسرة وحدة واحدة ، كذالك علاج الإنشقاق التعددى يرى النفس وحدة واحدة وكما أن العلاج الأسرى لا يرى أحد أفراد الاسرة على أنه سيء مثلاً والآخر حسن كذالك علاج الإنشقاق لا يرى جزءًا من الذوات المنشقة على أنه سيء حيث أنه نشأ من النفس

الواحدة ونمى معها.

4ـ العلاج الأنثوى (Feminist therapy) :

وهو لإمداد النساء بالقوة التى تمكنهم من التعبير والتنفيس بدلاً من إلصاق الإعتمادية والهستيرية بهن. ويعتمد أيضاً على جوانب القوة فى المرأة وليس هذا على حساب الرجل. وليس معناه أيضاً تشجيع أجندة سياسية للنساء.

5ـ علاج حالة الأنا (Ego state therapy):

وهو منبثق من العلاج السيكوديناميكى ويهدف الى إزالة الصراع بين حالات الأنا المختلفة ، عن طريق زيادة التواصل والوعى بين الأجزاء الداخلية للنظام الإنشقاقى.

6ـ علاج مبنى على العلاقات الأولية :

(object – relationship therapy)

ويهدف إلى الرجوع إلى العلاقة الأولية بين الطفل وأبويه والتى تعتبر الأساس فى تكوين الهوية والذاتية للطفل وهذه العلاقة الأولية شكلت علاقته بالناس الحالية ، وبما أن الإنشقاق خلل فى الذاتية فإن هذا الإتجاه العلاجى قد يكون سبيلاً لفهم وحدة النفس ومن ثم علاجها .

المراحل العلاجية لمرضى الانشقاق التعددى:

1) مرحلة تأمين المريض وتخفيف الأعراض:

لم يحتاج المريض إلى مرحلة للتأمين والإستقرار فى البداية؟

مريض الانشقاق يعانى من صدمات متكررة بدأت منذ الطفولة

وفترة النمو النفسى بالإضافة إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمات النفسية وقد يشكو المريض أيضًا من خلل فى صورة الجسم (BODY IMAGE) مع أعراض تدميرية للنفس والجسد ، فهذا المريض يعانى من فقر فى الثقة فى النفس وفقر فى المهارات الحياتية وسلوك إيذائى تجاه ذاته وجسده وهؤلاء المرضى يرون العالم مصدر خطر لهم ويرون أنفسهم محطمين ومشوهين ومسئولين عما حدث لهم من كروب وصدمات ، وأحياناً يكونون فى غفلة تامة ونسيان كامل لما حدث لهم وكشف الأمر ربما يكون كارثياً لبعضهم.

وتواجه الأزمة لو حدثت أو الإنهيار بأحد الطرق الآتية: تنفس عميق ومريح - الكتابة -الرياضة - سماع للقرآن - الرسم أو التلوين - تعهد المريض ألايأخذ أقراصاً إلا ما وصف له ولايؤذى نفسه ويذكر نفسه بأن المشاعر لن تؤذيه ، الإلتصاق بشبكة تدعيمية من الأصدقاء والأسرة وعلماء الدين ، كذالك من المهم إضفاء الطبيعية (normalizing) على الحالة لإزالة الخجل الشديد ولإزالة التكتم على الأعراض وإعطاء المريض حرية رواية القصة.

هذه المرحلة مرحلة لمحاولة جلب الاستقرار للحالة عن طريق التركيز على التجارب والأحداث المؤلمة فى محاولة لعزلها معرفيا عن التجارب الحالية للمريض علماً بأن التركيز على التأهيل والتكيف مهم فى هذه المرحلة وفى كل مرحلة.

فى هذه المرحلة يتم إنشاء علاقة مهنية وطيدة مع المريض لتثقيفه وتعليمه، وتبصيره بمعنى الإنشقاق وحقيقته وبالمصاعب التى يعانى منها وكذلك بالعملية العلاجية.

الانتحـــار:

الانتحار وسلوكيات الإيذاء للنفس مشتهرة فى مرضى ازدواج الشخصية.

ولقد وجد حديثا أن الإساءة وسوء المعاملة للطفل مرتبطة بارتفاع نسبة الانتحار فى الكبر وكذلك الإساءة لدى الأطفال ترتبط أيضا بالسلوكيات الانتحارية غير مباشرة Para suicidal مثل ايذاء الجسد والنفس واضطراب الطعام (انتحار دخل الجسد).

ولهذا يجب التعرف على بعض الشخصيات أو الذوات المنشقة والتى لها سلوكيات خطرة وإنشاء اتفاق معهم لتأخير السلوكيات الخطرة أو السيطرة عليها ، و قد تستخدم بعض الطرق للسيطرة على الأعراض مثل التنويم الايحائى أو تدابير لربط المريض بالواقع (grounding mechanisms) أو استخدام بعض العقاقير.

قد يستفاد من العلاج السلوكى والمعرفى السلوكى لتحديد التشوهات المعرفية التى تؤدى إلى السلوكيات الخطرة واستحداث سلوكيات بديله لضمان الأمان للحالة وكذلك مساعدة المريض على وضع تكيفي أفضل مع الضغوط والكروب والمشاكل فى العلاقات.

مرضى (الصدمات النفسية المزمنة) يحتاجون وينتفعون بالتركيز على تقوية الذات وتنمية المهارات واستخدام صور وجمل تحمل على الاسترخاء والتلطيف والتثبيت والتطمين.

* تثقيف نفسى خاص بالاضطراب واستخدام وسائل لتحسين التواصل الداخلى مع النفس واستعمال استراتيجيات لضمان طرق تواصل آمنه.

التعامل مع الذوات البديلة المنشقة:

* فى حالة ازدواج أو تعدد الشخصية الحقيقى قد يضطر المعالج للتعامل مباشرة مع بعض هذه الذوات لضمان الوصول إلى تكامل الشخصية وإبعاد بعض السلوكيات الخطرة من بعض الذوات.

لذا أحيانًا يطلب مباشرة الحديث مع واحدة أو أكثر من هذه الذوات عن طريق تميزها بسلوك معين فعلته ، مثلا «أنا أريد أن أتحدث مع هذه الشخصية التى سافرت الأسبوع القادم إلى المدينة الفلانية أو الشخصية التى ضربت ابنها ضرباً مبرحاً بالأمس».

* المريض قد يطلب منه أن يسمع وينصت لما يقال بداخله من قبل بعض الذوات.

* إنه من الخطأ العلاجي أن يطلب من المريض إزالة بعض أجزاء من شخصيته دون أن يهيأ نفسياً لذلك ولابد من التعامل مع الذوات البديلة لإدماجها بعد فى الشخصية الأساسية.

* يدرك المعالج أن هذه الشخصيات أو الذوات البديلة إنما نشأت لحل إشكالية أو مواجهة صعاب أو التكيف مع أزمات فى الطفولة أو فى الماضى لذا ليس من السهل إهمالها أو تجاهلها فى طريقنا إلى تكامل الشخصية.

إنشاء الثقة والعلاقة العلاجية:

المرضى الذين لديهم تاريخ من الصدمات والكروب لا سيما من الآخرين فى الطفولة يصبح لديهم حاجز يمنعهم من الثقة بالآخرين وعندما يحاول المعالج أن يزيل الحواجز الانشقاقية والحيل الدفاعية التى يتحصن بها المريض من الذاكرة المؤلمة للصدمات ربما تهاجمه تلك الذكريات وتنكشف أمامه وهذا ربما يهدد بفقد السيطرة والإنهيار فى بداية

العلاج بسبب زيادة الوعى بالصدمات الماضية.

2) مرحلة التركيز على الذاكرة الأليمة للصدمات:

هذه المرحلة تعتمد على تذكر واسترجاع الأحداث المؤلمة والتى لم تحل بطريقة سليمة داخل النفس عن طريق محاولة تحملها واحتوائها، المرضى فى هذه المرحلة ينتفعون عندما يساعدهم المعالج فى كشف الأحداث الماضية المؤلمة وتبصيرهم بها وتقوية سيطرتهم عليها. ولما يحاول المريض استرجاع الاحداث الأليمة يحاول المعالج «ازالة سمية» الأحداث بوضعها فى قرائن أكثر قبولًا وفهماً وكذلك إيجاد بدائل ذات معنى للاحداث، وهذا يساعد المريض على زيادة سيطرته على التجارب المؤلمة وعلى رد فعله لها وكذلك زيادة فهمه للتاريخ الشخصى وكيفية إحساسه بالذات.

فى هذه المرحلة العلاجية، مرضى التعدد الانشقاقى لابد أن يكتسبوا شعورا بالسيطرة على التجارب المؤلمة ورد الفعل لها و يستطيعوا استرجاع الأحداث المؤلمة عبر الذوات البديلة، وبالذات الذين يتناسون لا شعوريًا الأحداث وليس لهم رد فعل شعورى للصدمات، ولابد من تشجيع التواصل بين الذوات والأجزاء.

3) مرحلة التكامل والتأهيل:

الإنشقاقيون أشخاص فرادى لكل فرد منهم شخصيات داخلية كل منهم يعمل بإستقلالية، والعلاج الناجح لابد أن يزيد وعى الفرد بهذا الوضع ويشجع التفاعل بين هذه الأجزاء ليمهد الطريق إلى دمجها.

مثال عملى للتدخل فى هذه المرحلة هو أن الطبيب أثناء الحوار إذا وجد تحولاً فى المزاج أو طريقة الكلام أو التعبير الجسدى لابد أن يسأل المريض ماذا حدث. المرضى منذ بدء العلاج يكتسبون قدرة داخلية على التنسيق

والدمج والتكامل فى الشخصية والوقوف على أرض متزنة وصلبة يدركون عليها من هم وكيف يتصلون مع المجتمع الخارجى ، فى هذه المرحلة يزداد المريض قدرة على أن يرى تاريخ الصدمات من منظور وحدة الذات والنفس ، وعندما يصبح المريض أقل انشقاقًا يستشعر عندها طعم الهدوء والطمأنينة ، ومن الضرورى أيضا أن يساعد الطبيب مريضه على سحب التركيز من الماضى الأليم ليعاد تمركزه فى الحاضر ويعامل المريض فى تلك المرحلة الأخيرة وكأنه لم يصب بصدمات سابقة ويشجع على أن يعمل بإجادة حتى وهو يعانى من مشاكل شعورية واجتماعية وكلامية ، ويوجه ويدرب على مواجهة الأحداث الحياتية بصورة طبيعية وليست انشقاقية. كذلك المريض يحتاج إلى تأقلم مع الضغوط اليومية والاحباطات على أنها جزء روتينى من حياة البشر ولابد وأن يكتسب مهارات حياتية تزيد من قدرته على التكيف.

4ـ مرحلة ما بعد التكامل :

مفهوم العلاج هنا هو تثبيت الطرق التكيفية المكتسبة من المراحل السابقة والتى ستعمل كبديل للإنشقاق. وهنا وقت تعلم المهارات الحياتية اللازمة للحياة بغير إنشقاق. ومن المهم فى هذه المرحلة تصحيح التشوه المعرفى لدى هؤلاء المرضى وتثقيف المرضى عن الحياة الحقيقية ، وأن يكتسبوا رؤية واقعية لحياتهم ، بدلاً من الرؤية الخيالية وغير الناضجة. يبدأ المرضى هنا فى رؤية أنفسهم كأشخاص متكاملين لهم وحدة فى الذات والوجدان والتفكير والسلوك ومدركون لجوانب قوتهم وضعفهم ويرون الآخرين حولهم بنفس الرؤية.

أشكال العلاج لمرضى الازدواج

* العلاج الأساسى يتمثل فى العلاج الفردى وليس الجمعى.

(Individual psychotherapy)

* تعتمد عدد الجلسات ومدة العلاج على مجموعة عوامل منها سمات شخصية المريض، وقدراته، ومهارة المعالج.

* يعتقد أن علاج الازدواج علاج طويل الأمد يستغرق سنوات وليس أسابيعًا ولا أشهرًا.

* المدة الأدنى للجلسات من المعالج ذى المهارة المعقولة حوالى جلسة أو جلستان أسبوعيا.

* لابد أن يأخذ المعالج فى اعتباره مع تكرار الجلسات ألا يعتمد المريض عليه ويحدث له نكوصاً ولا سيما للمرضى المهيئين لذلك (النكوص يعنى رجوع للمراحل المبكرة من حياة المريض).

هل يحتاج إلى علاج داخل المستشفيات النفسية؟

* الأساس أن العلاج يتم فى العيادات الخارجية الا اذا خيف من ايذاء المرضى لأنفسهم أو للآخرين.

* قد يحتاج المريض إلى المستشفى لتشخيص المريض أو لتنمية مهارته ولإعادة توازنه النفسى واستقراره وأمانه.

* من سلبيات الحجز فى المستشفى اعتمادية المريض وسلبيته وتأخر تحسنه.

الحجز الجزئى (Partial hospitalization):

أحيانًا يكون فعالًا لمنع الحجز الكلى بالمستشفى وسلبياته ، ولإكساب المريض مهارات مكثفة ولتثقيفه وتدريبه على التقليل من الأعراض المرضية وكيفية السيطرة عليها. (الحجز الجزئي يعني الحجز في جزء من اليوم بدون بيات أو إقامة كاملة) .

العلاج الجمعى:

* ليس علاجا أساسيا لمرض الانشقاق التعددى الا إذا كان يهدف إلى تثقيف المرضى عن الصدمات والانشقاق ، أو لتنمية بعض المهارات والقدرات التكيفية أو لرؤية من يشبههم فى المعاناة.

* العلاج الجمعى لابد أن يركز على تحسين علاقات المريض بالآخرين وتزويده بمهارات تكيفية وتبصيره بأخطاء التفكير.

العلاج بالعقاقير:

ليس هو العلاج الأساسى للاضطرابات الانشقاقية ولكن قد يستخدم لعلاج الأعراض المصاحبة للانشقاق مثل الاكتئاب أو القلق أو اضطراب ما بعد الصدمة ، وتستخدم هذه العقاقير فى الإنشقاق لإمتصاص الصدمة، وليس كتدخل علاجى للمرضى.

أشهر العقاقير استخدامًا فى الأنشقاق ، هى مضادات الاكتئاب ومضادات القلق وكذلك المهدئات ، وأحيانا تستخدم مضادات الذهان لعلاج اضطرابات التفكير والقلق المزمن والهياج وعلاج الأصوات المنبعثة من الداخل (الهلوسة السمعية) والتى قد تحدث فى هذا المرض.

التنويم المغناطيسى:

يستخدم من وقت مبكر من القرن التاسع عشر وهناك العديد من الأبحاث فى استخدامه فى الانشقاق التعددى كتسهيل للعلاج وليس علاجا فى نفسه.

والأساليب التنويمية تستخدم للأغراض الآتية فى هؤلاء المرضى.

1ـ تقوية الذات.

2ـ اكتشاف الأعراض وتخفيفها.

3ـ تقليل القلق.

4ـ تقييم الذوات البديلة واسنعادة الذوات الناضجة بعد أن تكون الذوات غير الناضجة والمشوهة وظيفيا قد سيطر عليها فى نهاية الجلسة.

5ـ إعادة التوازن والاستقرار عن طريق اكتشاف الأعراض والتخفيف من وطأة الصدمات عن طريق التعبير عنها وعن الذكريات الأليمة.

العلاج التأهيلى والتعبيرى:

هذان النوعان من العلاج قد يساعدان المريض بالانشقاق التعددى لأن المرضى دائما يتفاعلون بأساليب غير كلامية ، وكذالك العلاج بالرسم ، الحركات ، العلاج الوظيفى إلى آخره وكل هذا يعطى المريض مساهمة أكبر وبدائل للتعبير أكثر.

العلاج بصدمات ضبط وتنظيم إيقاع المخ:

قد تكون فعالة فى حالة وجود اكتئاب نفسى شديد مع الانشقاق.

عقاقير مساعدة للحوار:

العقاقير أو التنويم المغناطيسى كلاهما يستخدم لتسهيل الحوار النفسى حيث أن المرضى منفصلون عن شكواهم ومنكرون لها بل وغافلون عنها، وأشهر ما يستخدم فى ذلك هو «الأميتال» لتشخيص المرضى.

وهذه العقاقير قد تساعد على ظهور الشخصيات أو الذوات البديلة لإجراء الحوار معها وفهم كيفية دمجهم فى الشخصية الأصلية.

وقد تساهم أحيانًا هذه العقاقير فى استرجاع الذاكرة الأليمة للصدمات السابقة للتعامل معها واحتوائها ، ولكن لابد من الحذر من الأعراض الجانبية للأمتيال قد تساهم والتى تتمثل فى خفض الجهاز التنفسى وهبوط الضغط مع اختلال فى الاتزان وأحيانًا حساسية للعقار.

موافقة المريض على أسلوب العلاج:

لابد أن يوقع المريض على استخدام الأسلوب العلاجى المناسب وكذا التنويم المغناطيسى كعلاج مصاحب.

الالتصاق الجسدى بالمريض:

غير موصى به على الإطلاق كما أنه غير أخلاقى ويزيد من نكوص المريض واعتماديته وربما يساء فهمه من المريضة على أنه تفاعل من المعالج معها بسبب الصدمات والكروب ، وربما يصل الالتصاق إلى التصاق جنسى ولاسيما ومرضى الانشقاق التعددى لديهم قابلية لاستثمار أو استغلال الوضع ولاسيما وهناك علاقة علاجية تفاعلية شديدة ولصيقة ، ولذا فأى علاقة جنسية يعد استغلالاً غير مقبول لا علاجياً ولا أخلاقياً ، كذالك هو تحطيم شديد للحدود والحواجز بين المريض والطبيب.

دور الطبيب النفسى تجاه حالات الإزدواج:

1) أن يوسع رؤيته للمريض ، فهذا المريض له ثقافته ودينه وتاريخه وميوله وليس مجرد جسد ودماغ وفقط وأن ينظر إلى المريض من خلال مرجعيته وثقافته.

2) أن يتصف بالشفافية الثقافية (Cultural Sensitivity) بحيث يحترم دين وعقيدة و ثقافة المريض ولا يسفه هذه الأمور ويسخر منها فهناك قسم من أقسام الطب النفسى المعترف به وهو الطب النفسى عبر الثقافات حيث أن هذا النوع يعترف بكل ثقافة لكل شعب، وهذا النوع يخول لكل ثقافة صبغها لبعض حالات الازدواج أو الانشقاق.

3) علاج حالات الازواج أو الانشقاق فى الشخصية باجماع علماء النفس علاج نفسى تحليلى أكثر منه علاج دوائى وهذا ربما يجعل الأشخاص المرضى لا يجدون بغيتهم ولا علاجهم عند الأطباء النفسيين المهملين للجانب النفسى معتمدين فقط على الجانب الدوائى وهذا يدفعهم إلى الذهاب إلى المعالجين الروحيين والشعبيين ، ولهذا فعلى الطبيب النفسى أن يهتم باعطاء المريض الوقت الكافى والتقبل لرؤيته الثقافية ومن ثم محاولة توجيهها من خلال أرضية واحدة ومرجعية مشتركة مع الاهتمام بالعلاج النفسى التحليلى والمعرفى السلوكى بالاضافة إلى الجانب الدوائى اذا احتاج إلى ذلك.

4) لابد أن يصل إلى المريض بالازدواج من خلال طبيبه النفسى أن هذا المرض يحتاج إلى وقت وصبر ،حتى لا يحبط المريض سريعًا ومن ثم يسارع بالذهاب إلى المعالجين الشعبيين.

5) الاهتمام بإنشاء علاقة مهنية علاجية وطيدة مع المريض أو المريضة، فإنها من أهم الاشياء فى العلاج ولها أثر بالغ على المريض ، وهذا هو السبب فى نجاح كثير من المعالجين الشعبيين لانهم ينشئون علاقة تأثيرية وطيدة مع هؤلاء المرضى شديدى التأثر بالآخرين ايحائياً ومن ثم قد يساهم فى اختفاء كثير من الأعراض إيحائياً ونفسياً.

6) عدم اللجأ إلى إيلام المريض الذى يعانى من اضطرابات تحولية كالشلل التحولى أو فقد النطق أو الاغماء النفسى بسبب أن إيلامهم لإفاقتهم سريعاً من العرض الجسدى لا يحل الإشكالية اللاشعورية ولهذا سرعان ما يعود العرض للمريض ، ولهذا لابد من علاج السبب.

7) قد يستعين الطبيب بالمعالج الروحى أو الشعبى بشرط أن يكون هذا تحت اشرافه وادارته.

8) على الطبيب النفسى أن يعلم أن الخلفية الثقافية والدينية كثيرا ما تصبغ شكوى المريض وأعراضه وطريقة تعبيره عن المرض وقد حدد (سنح 2001).

التأثير الثقافى على الاضطرابات النفسية من خلال ستة طرق:

أ) التأثير المرضى(Pathogenic) بمعنى أن الثقافة لها دور فى إنشاء المرض.

ب) التأثير الاختيارى (Psycho selective) بمعنى أن الثقافة تختار أشكال تكيفية معينة للتعامل مع الضغوط.

جـ) التأثير التجميلى النفسى (Psycho plastic) بمعنى أن الثقافة تغير من الأعراض الاكلينكية.

د) التأثير الصنعى المرضى (Patho elaboration) بمعنى أن الثقافة تحول المرضى النفسى إلى طبيعة فريدة.

هـ) التأثير التسهيلى (Psycho facilitating) بمعنى أن الثقافة تستحث تكرار حدوث المرض .

و) التأثير التفاعلى (Psycho reactive) بمعنى أن الثقافة تشكل ردود الأفعال الشعبية التقليدية فى صورة اكلينيكية مرضية.

وفى حالة التأثير التفاعلى (Psycho reactive) هناك جدل هل يعتبر هذا مرضاً أصلاً والتأثير الثقافى تأثير ثانوى ومجرد ترجمة أو لا .

من أمثلة التأثير الثقافى على الأعراض النفسية:

1) المريض الموسوس المسلم يأتيه الوسواس فى العقيدة وفى الطهارة وفى الصلاة ، والموسوس غير المسلم يأتيه الوسواس فى المرض وفى التلوث وخلافه.

2) المريض الفصامى المسلم: تأتيه ضلالة (المهدى المنتظر) أو أنه نبى أو رسول أما الفصامى غير المسلم يتقمص شخصية المسيح المخلص.

3) مريضة الازدواج المسلمة تنطق عليها شخصية تدعى أنها السيدة فاطمة أو عائشة رضى الله عنهما وتتقمص ذلك ، والمريض المسيحية تدعى أنها السيدة مريم العذراء عليها السلام ، وهذا قد يكون عرضاً من أعراض الفصام أوما يسمى بضلالة التقمص أو التلبس (possession delusion).

4) رد فعل حاضرى جلسات الصوفية وحلقات الزار لما يشاهد ويسمع من الارتعاش والتشنج والوقوع على الأرض والإغماء وما يسمى

بالوجد ، يحدث لطائفة معينة من الناس لها هذه الثقافة التأثيرية بينما لا يحدث مع غيرهم.

5) تظهر على مرضى الانشقاق المسلمين ذوات أو شخصيات تزعم أنها الجن أو العفاريت أما غير المسلمين فتظهر عليهم شخصيات تزعم أنها أرواح آباء أو أمهات موتى.

6) الضغوط النفسية لدى البدو والعرب فى أطراف المدن والذين لا حظ للمرأة فى التعبير والتنفيس عندهم تظهر أعراضهم النفسية فى صورة جسدية ، وقلما يشتكون من أعراض نفسية معنوية كالاكتئاب والقلق.

7) أعراض التلبس أو الإنشقاق التعددى يكثر وجودها فى المجتمعات الشرقية عنها فى الغربية وهذا نوع من أنواع التأثير الثقافى على الناس، وهذه الأعراض لها قبول عندنا وربما تكون وسيلة ناجحة فى التعبير عن الكبت أو لكسب مكاسب لا يمكن الوصول اليها إلَّا بهذا الطريق، أو الهروب من محن وضغوط لا يمكن الهرب منها إلَّا بهذا الطريق ، لافتقار الشخصية إلى الحيل الدفاعية الصحية والمهارات الإجتماعية.

ومن هنا نتبين أن الطبيب النفسى لابد أن يكون لديه معلومات كثيرة عن ثقافة الشخص وعن اجتماعياته واجتماعية مجتمعه ، بالإضافة إلى معلوماته عن الطب النفسى والأعراض النفسية.

دور العلاج الروحى:

الممارسات المنتشرة حاليا تبين أن العلاج الروحى للازدواج أو الانشقاق مرتبط بكثير من السلبيات ومنها:

(1) عدم دراية كثير من المعالجين الروحيين بالطب النفسى وبالتالى عزو الكثير من الإزدواج المرضى للمس والجن مما نجم عن ذلك مخاطر شديدة فى تأخر العلاج وإستفحال المرض.

(2) الانشقاق المرضى والتعددى يتميز مرضاه بالقابلية الشديدة للايحاء وبخاصية الايحاء الذاتى للنفس البشرية ، والمعالجون من حيث لا يشعرون يزيدون القابلية للانشقاق ويستثيرون القابلية التعددية للمرضى فنجد المرضى بعد الجلسات الروحية ظهرت عليهم أعراض التلبس والانشقاق ويحكون قصة مشتركة أننا منذ أن جاء الشيخ وقرأ عليها ومن ساعتها تظهر عليها هذه الشخصيات أو الذوات والتى يعزونها إلى الجن أو الشياطين.

وهذا ما نسميه بالتعدد الصناعى أو الاصطناعى والذى من صنع المعالجين و بسبب عوامل الإيحاء الشديدة لدى هؤلاء الذين لديهم القابلية التعددية.

(3) صعوبة علاج المرضى الذين كثر ترددهم على المعالجين الروحيين حيث أن التقمص والتلبس النفسى تمكن منهم تمكنا شديداً بحيث يصعب على الطبيب النفسى بعد ذلك إخراج هذا الوهم المرضى والذى تحول إلى اعتقاد غير قابل للتنازل عنه ولا سيما والمريض تظهر عليه أعراض الانشقاق ويصعب عليه وعلى المحيطين الاقتناع بأنها

حالات نفسية.

(4) سلبيات الابتزاز المالى والايذاء البدنى الشديد أثناء جلسات الضرب والاذى وكذلك كشف العورات وارتكاب المحرمات باسم العلاج بالقران.

(5) احباط كثير من المرضى تجاه العلاج الروحى القرآنى ويأسهم من كثرة الجلسات بدون جدوى وذلك ربما يفقدهم الثقة فى ربهم وكلامه فيلجأون إلى المشعوذين والكهان والسحرة ليجدوا عندهم بغيتهم.

دور المعالج الروحى :

1) أن يتقى الله فى نفوس وأموال وأجساد وأعراض عباد الله.

2) لابد أن يكون على معرفة وخبرة بالنواحى النفسية أو يستعين بالطبيب النفسى وينسق العمل معه وتحت إشرافه.

3) لا يقتصر دوره على مجرد قراءة الآيات والرقى ولكن العلاج الروحى واسع المجال ويهدف إلى إصلاح روح المريض بحثها على الاستمساك بالإيمان بالله والصبر على بلائه والاحتساب وصدق اللجأ إلى الله والتوكل عليه مع الأخذ بالأسباب.

4) أنصح إخوانى المعالجين بأن يكونوا على دراية شديدة بالاضطرابات الانشقاقية والازدواج النفسى والاضطرابات النفسية الجسمانية لتشابه هذه الأعراض مع ما يسمى (بالتلبس الروحى).

5) لابد أن يحذر المعالجون من القراءة التحضيرية على أشخاص ليس عندهم أعراض الازدواج أو الانشقاق أو التلبس لأنهم لو صادفوا حالة لها قابلية للإيحاء لصنعوا فيها تعددية وازدواجية وتلبسا وهميا

من حيث لا يشعرون.

6) لابد أن يبتعد المعالجون عن الإيحاء النفسى للشخص عن طريق تهيئة المريض بطرق معينة وفى جو معين مشحون بالقلق والخوف والحديث عن العالم الغيبى أو عن حالات مماثلة يتحدث فيها ما ما يسمى بالجن على الأشخاص أو عن طريق مشاهدة حالات مماثلة أو التركيز على الشخص والعين مما يعتبر نوعا من التنويم الايحائى أو المغناطيسى للمرضى.

7) لا ننصح أبدا بجلسات العلاج الروحى الجماعى فى المساجد أو فى غيرها حيث أنها تشيع جوا مخيفاً مليئاً بالإيحاء والوهم والرعب و قد يشتكى بعده الحاضرون لمدة شهور عديدة دون أن يكون بهم شئ قبل هذه الجلسات.

8) نحذر من القراءة أو الرقية على المريض فى وجود آخرين ولا سيما النساء وإذا كانت مريضة ففى وجود محارم رجال (محرم واحد فقط يفضل) وهذا لأن القابلية للانشقاق والتعددية تزداد فى وجود الآخرين لاستجلاب تعاطفهم أو لأخذ مكاسب منهم أو التعبير عن عدوانية تجاههم وهذا من ناحية ومن ناحية اخرى حتى لا يكون حضور بعض النساء المستمعين أو الحاضرين مستحثًا لازدواجية عندهم فيدخلون فى تلك الدائرة وهم أصحاء أصلاً ، وإذا قرأ القارئ هذه التحذيرات ربما يفهم أنى أنصحه بالابتعاد تماما عن العلاج الروحى وليس هذا قصدى ولكن المضار الناشئة من تصدر الكثير مما لا خبرة لهم نفسية ولا روحية أضر بالناس ضررا بالغاً وصنع منهم مرضى يطول علاجهم. هذا وليس معنى تحسن بعض الحالات بالعلاج

الروحى أن المرض بالضرورة روحياً ، ولكن الإيحاء النفسى له أثر بالغ فى علاج الحالات والمريض ذو شخصية قابلة للايحاء والتحسن ثمرة نفسية لاعتقاده فى القرآن والرقية فلا ينبغى حث المريض على وقف العلاج النفسى. (المرض النفسى بين الجن والسحر والحسد لمحمود لأبو العزايم).

الدور الامثل للمعالج الروحى تجاه حالات التلبس الانشقاقى:

هو أن يكتفى فقط بقراءة الآيات والرقى وتذكرة الأشخاص بربهم وأهمية الإيمان به وباليوم الاخر وبالعقيدة الصحيحة والتى تزيد النفس البشرية صلابة وتماسكا أمام كروب الدنيا ومحنها ولا أنصح أبدا بأن يستنطق الشخصيات أو الذوات الموجودة لأن هذا يزيد الشخص ازدواجية ، ولو فرض أثناء القراءة ظهرت أعراض ازدواج أو تلبس أو شخصيات بديلة ، عليه أن يستمر فى القراءة ولا يخاطبهم على أنهم شخصيات أخرى ويطلب أن يسميهم أو يستدعى أسماءهم فكل هذا يزيد ازدواجية وتعددية المرضى ، كما ثبت أن علو صوت القارئ ونهره للشخص وتركيزه على أعين المرضى يستدعى إزدواجيتهم وربما يظهر عليهم ما يعتقده المعالج أنه تلبس روحى وما هو الا الوهم والتقمص الإيحائى.

هذا وقراءة آيات وأقوال يراد منها طرد هذه الشخصية أو إخراجها يحدث فقط إذا ثبت يقينًا أن هذه الشخصية تعزى إلى هذا العالم الغيبى وهذا يحدث فى أضيق الحدود وأندرها (وليس هو الأصل) وإلَّا فالمفاسد الناشئة عن هذا الأسلوب أكبر.

ظهور أعراض جسمية وآلام وتنميل وقىء أثناء القراءة قد يكون

إيحائياً ولا ينبغى للمعالج أن يعول عليه ولايلتفت إليه ويمضى فى رقيته فسرعان ما يختفى.

ما على المعالج الروحى تجنبه:

1) القراءة التحضيرية: وهى القراءة التى يقصد منها إظهار الشخصية أو الذات الاخرى أو استنطاقها حيث أن هذا الاسلوب يمس الميول الانشقاقية والازدواجية للنفس البشرية ويستحثها فتظهر عليه أعراض جسدية أو تحولية كالشلل أو فقد النطق أو الإغماء ، وإنما عليه فقط رقية المريض أو المريضة بدون الايحاء لهم.

2) محاولة مخاطبة الذوات والتى بزعمه يظن أنهم الجن أو الارواح يزيد الازدواجية أكثر في كثير من الأحيان .

3) تشخيص المريض أو الصاق المرض الروحى به كأن يقول (به مس أو جن أو سحر) لأن هذا أولا: من الغيب وثانيا:ـ لأنه يقذف المريض فى دائرة من الوهم والهلع والايحاء ويغلق عليه تلك الدائرة فيظل فيها أعواما لا يجد مخرجا.

4) منع المريض من العرض على الطبيب النفسى وهذا يحدث كثيرا من المعالج الروحى حيث يخوف المريض من العرض على الطب النفسى حتى لا يقع فى دائرة يظنها العامة دائرة لا خروج منها بالاضافة إلى النظرة السلبية للطب النفسى لدى مجتماعتنا بأنه عار أو جنون أو اعتماد على أدوية مخدرة أو غير ذلك وانما ينبغى على المعالج أن يحث المريض أولاً وآخرًا أن يعرض على الطب النفسى.

5) محاولة إيذاء المريض أو إيلامه قد يزيد مرضه ومعاناته ويسبب له

عقدة من المعالجين وأهل الدين والقرآن ،وينفره من هذه الطرق كلها ويسبب له صدمة وكرب ما بعد الصدمة ، وقد يعالج شهوراً عدة بسبب ما تعرض له على يد المشايخ والمعالجين.

6) القراءة الجماعية: ويلجأ اليها كثير من المعالجين لضيق وقتهم ومحاولة معالجة أكثر عدد بزعمهم وهذه القراءة أو العلاج الجماعى ضرره بالغ حيث أن كثيراً من هؤلاء الأشخاص يعانون من قابلية للايحاء وميول إنشقاقية ازدواجية داخل أنفسهم فما بالك لو عرضت عليهم هذه الحالات ، من يصيح ، من يتحدث بأصوات ونبرات أخرى ، من يضطرب ويصرع وتختلف أضلاعه ، كل هذا ربما يصنع من الانسان العادى مريضا بالايحاء وتنشق ذاته إلى ذوات أخرى تفاعلاً مع ما يراه ويشاهده وهو ما يسمى بتعدد الشخصية الاصطناعى والذى هو من صنع المعالجين ، وهذا فى الحقيقة ليس ازدواجاً مرضيًا بل طبيعياً وعلاجه التوقف عن تعرضه لمثل هذه الجلسات.

7) اطالة فترة القراءة أو الرقية: أما إطالة فترة الجلسة نفسها أو مدة العلاج نفسه فهو إما أن يرهق المريض و الشخص نفسيا وبالتالى يزيد من قابليته للانشقاق والازدواج وإما أن يدخله فى دائرة الاحباط واليأس من هذا العلاج ويغلق عليه الطرق العلاجية الأخرى ومنها الطب النفسى والعضوى، وأرى ألا تزيد جلسة العلاج الروحى عن ساعة زمن فى المرة ،ولا تزيد الفترة على شهر هذا بفرض أن الشخص لا يعانى من أعراض اضطرابات نفسية تزداد مع الأيام ، وهذا لكى لا يدخل الشخص أو المريض فى دائرة مفرغة يصعب الخروج منها.

8) القراءة على الأشخاص الطبيعيين الأصحاء « إما بدعوى اختبارهم

وفحصهم أو الكشف على أقارب المريض فقد تكون به المشكلة بزعمهم » ، وهذا أولا خلاف السُنَّة فلم يكن من هدى السلف أن يقرأ بعضهم على بعض بدون سبب لذلك ، وكذلك من الناحية النفسية قد يحيى القابلية الانشقاقية الايحائية لدى البعض وخاصة النساء مما يجعلهم يدخلون فى دائرة من الوهم والايحاء يصعب الخروج منها بعد ذلك ، ولا ينصح بالقراءة أيضًا على من ليس عندهم أصلاً أعراض ازدواج أو انشقاق فى الشخصية.

9) تقوية السلبية والإعتمادية والهروبية لدى الأشخاص بالإلقاء على شماعة القوى الخفية والسحرية والهروب من مواجهة الشخص لنفسه وتعامله مع كروبه ، وكذالك إظهار التعاطف الشديد يعلق الشخص أكثر بالعلاج ويكسبه فائدة من شكواه وهو متعطش وباحث عن الاهتمام أصلاً.

أحسن دور للمعالج الروحى هو أن يستعين بالله ثم بدعائه ورقيته وتأثيره الروحى فى التخفيف من الأعراض وليس إظهارها وتقوية شخصية المريض وليس إضعافها ، والإيحاء قوة لدى المعالج الروحى تساعده فى بث القوة الروحية والعلاجية والتى تقود المريض إلى تكامل ذاته وحمايتها من التعدد ، وحتى لو كان به تلبس روحي ، فمن السهل جدًا علاجه بإذن الله تعالى .

نصائح ذهبية لمرضى إزدواج الشخصية وأسرهم:

1- السمات الإنشقاقية السالف ذكرها ليست بالضرورة مرضاً - أقصد بالسمات الإنشقاقية (نسيان لبعض الأحداث - إغماء قصير عند الأزمات الشديدة - آلام جسمية مزمنة وغير مستجيبة للأدوية

العضوية - شرود - ....) لا تعتبر مرضاً إلا إذا سببت خللاً فى حياة المريضة.

2- هؤلاء الأشخاص والذين لديهم قابلية شديدة للإيحاء لابد أن يتعرفوا على كل ما يزيد من هذه القابلية مثل (التأثر الشديد والإغراق فى الحزن أو الفرح - الإنفعال الشديد - الإرهاق والألم الشديد - البحث فى الغيبيات والتركيز على أحوال العالم الغيبي سواءاً فى الكتب أو على الجرائد أو فى القنوات - حضور جلسات القرآن التحضيرية والتى تخص عالم الجن والسحر - حضور أو سماع العلاج الجماعى فى المساجد أو على الأشرطة والتى فيها من يصرع ويصرخ أو تنشق شخصيته).

3- التركيز على السمات الإنشقاقية وكثرة الحديث عنها والإهتمام بها يزيد الحالة سوءاً لأن هذه السمات ظهرت للتعبير عن شىء أو رفض شىء أو الرمز لشىء من الصدمات الماضية.

4- كثرة التردد على أطباء عضويين وباطنيين ربما يزيد الوهم والإيحاء.

5- التنفيس الصحى والسوى عما تعانيه المرأة ومساعدة الأسرة لها فى ذالك يساعد على التخفيف من الإنشقاق حيث أن هؤلاء الأشخاص لايجيدون التعبير ولا التنفيس وبالتالى يكبتون فيزداد الإنشقاق الداخلى.

6- لابد أن يلجأ المريض أو المريضة للطبيب النفسى قبل المعالج الروحى أو الشعبى لكى لاتستحث السمات الإنشقاقية وتثار القابلية للإيحاء الذاتى فتزداد الحيرة لو بدأ بهم.

7- هؤلاء المرضى يزداد الإيحاء الذاتى عندما ينعزلون ويكثرون من

الشرود والتفكير الشديد.

8- أحياناً يتطوع بعض أفراد الأسرة ويقرأ قراءة تحضيرية المراد منها إظهار إو إنطاق شيء داخلي وهذا ربما يزيد إنشقاقية المريضة.

9- يطلب من أفراد الأسرة دعم المريضة إيجابياً من الناحية النفسية والإجتماعية طالما فى حالتها الطبيعية والتوقف عن هذا الدعم إذا ظهرت الأعراض الإنشقاقية كنوع من أنواع الإطفاء والدعم السلبى للأعراض.

10- إذا قَويت صلة العبد بربه ، وواظب على طاعته وذِكْره ، فمن المَستحيل أن يتمكن منه الشيطان أو الجان ، وهذا ما جزم به القرآن الكريم ، قال سبحانه وتعالى : ﴿ إِنَّهُۥ لَيْسَ لَهُۥ سُلْطَٰنٌ عَلَى ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ وَعَلَىٰ رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ ﴿٩٩﴾ إِنَّمَا سُلْطَٰنُهُۥ عَلَى ٱلَّذِينَ يَتَوَلَّوْنَهُۥ وَٱلَّذِينَ هُم بِهِۦ مُشْرِكُونَ ﴿١٠٠﴾ ﴾ [النحل : 99-100] .

خاتمة نسأل الله حسنها
إذا بلغت الروح المنتهى

وبعد أيها القارئ المكرم ، لقد تناولت فى هذا الكتاب موضوعا شائكاً يمس جانباً شديد الغموض والخفاء فى النفس البشرية ألا وهو (**ازدواج الشخصية**) ، تجلت فيه عظمة الخالق العظيم ـ جلت قدرته ـ فحاولت فى هذا الكتاب كشف غموض إزدواج الشخصية وفك رموزه وأسراره والتعرف على أسبابه ، وربما كشف هذا المرض النقاب عن بعض الجوانب الخفية فى النفس البشرية.

لقد تبين أن هذا الإسم (**ازدواج الشخصية**) ليس اسما دقيقاً وإنما الدقيق هو تعدد الشخصية الانشقاقى حيث تنشق الشخصية إلى ذوات متعددة كل له ثقافته وسلوكه ومشاعره وتفكيره بل ونبرة صوته وطريقة كلامه، علماً بأن بعض الشخصيات تفرض سيطرتها على الشخص فى سلوكه ومزاجه وعلاقاته ويقظته ونومه وأحلامه. أظهرت التصانيف المختلفة أنواعاً من الأعراض والمظاهر المرضية ومن أهمها الخلل فى الذاكرة والتغير فى الذاتية والأعراض الجسدية مع التغير الشديد والمفاجئ فى السلوك ، هذا التغير الشديد هو السبب فى آثار المرض الوخيمة على الشخص وعلى أدائه وعلى علاقاته وكثيرا ما يؤدى إلى إنهيار فى العلاقات وأذى للمريض والمحيطين.

وأسباب هذا الانشقاق فى الشخصية إما أسباب فى النشأة ولهذا تحدثنا عن نشأته فى الأطفال من حيث التربية والعلاقة بالأبوين ، وهذا يهيء النفس لتركيبة قابلة للانشقاق ، وإما أسباب من حيث الصدمات والكروب ، وعن النظرية الاجتماعية المعرفية جاء الحديث ليفسر الظاهرة ويؤيد الاصطناعية وأثر البيئة والثقافة والاعلام ، ولم أنسى من خلال الكتابة الحديث عن أثر المعالجين الروحيين وأثر الإيحاء النفسى وأثر الجو البيئى والإعلامى فى ظهور بعض الأعراض الاصطناعية وهذا يزيد الأمر غموضاً وتعقيداً. ولما عقدت المقارنات بين الازدواج وبقية الأمراض المشتهرة مثل الفصام والوسواس والاضطرابات التحولية وبعض اضطرابات الشخصية مثل الشخصية الحدية تبين أن هناك فرقاً و اختلافاً بين الإزدواج وغيره من الأمراض ودائما كانت السمة الفاصلة ظهور شخصية منفصلة ومختلفة عن الشخصية الأصلية مع خلل شديد فى الذاكرة.

كانت وما زالت هناك تحديات لتشخيص الازدواج من حيث ثبوته وحقيقته ، وقد أظهرت علاقة الازدواج بمراكز الدماغ حقيقة المرض حيث أن عمل المركز يتغير مع التغير فى الذات وهذا قد أضاف سبباً آخر للانشقاق ولكنه عضوى فى طبيعته.

جاء الحديث أيضاً عن التلبس الروحى وعلاقته بالازدواج النفسى والفروق بينهما وصعوبة التشخيص الفارق حيث أنه فى كل منهما تظهر شخصية أخرى بملامح مختلفة ، تحدثت بعدها عن أساليب العلاج المختلفة للازدواج النفسى مع الاشارة الى العلاج الروحى ، وكان العلاج

الفعال نفسياً وروحياً أكثر منه دوائيًا وعضويًا ، وختمت ببعض النصائح الهامة للأسر والمرضى والمعالجين.

والخلاصة أيها القارئ الكريم: لقد وضع بين يديك عجيبة من عجائب النفس البشرية ، التى ما يزال يتحير فى عجائبها ويسبح فى بحارها العلماء والباحثون.

أبى الله أن يجعل الكمال إلَّا لكتابه ، والعصمة إلَّا لرسوله ﷺ .

لم أر فى العيوب عيبًا ∴ كنقص القادرين على التمام

وكتبه د. ياسر عبد القوي

عفا الله عنه

للتواصل والحوار :

البريد الالكتروني: yaseras@yahoo.com

الموقع الالكتروني : annafsalmoslema.com

المراجع العربية

1 - الهستيريا والوساوس المرضية - حالة دورا بين فرويد ومارتى 1990 - إشراف وتعليق د. محمد أحمد النابلسي.

2- طارق الحبيب. العلاج النفسى والعلاج بالقرآن. رؤية طبية نفسية شرعية ص 186 ، مؤسسة التنمية الأسرية.

3- د. عبد الكريم بكار. نحو فهم أعمق للواقع الإسلامى. دار القلم ص62.

4- غاى ليون بليفير، ترجمة عيسى سمعان. التداوي بالتنويم المغناطيسي. الطبعة الأولى 1990 - دار الحوار للنشر والتوزيع -اللاذقية- سوريه.

5- فرويد سيغموند . التحليل النفسى للهستيريا (حالة دورا). ترجمة جورج الطرابيشى 1981 ص 27 - دار الطليعة - بيروت.

6- د. كمال وهبى ، د.كمال أبو شهدة. مقدمة فى التحليل النفسي. دار الفكر العربى - بيروت 1997.

7- مارتى بيار ، فان م ، دوميزان م ، دافيد س ، النابلسي محمد - ترجمة د.غزوى نابلسي. سيكوسوماتيك .

8- محمود جمال أبو العزايم ، د. محمد المهدى ، د. لطفى الشربينى. المرض النفسى بين الجن والسحر والحسد- الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية 2005.

9- د. وائل فاضل على. منتدى آفاق نفسية.

References

Alison Marshall , "From the Chinese religious ecstatic to the Taiwanese theatre of ecstasy: a study of the wu" (PhD dissertation, University of Toronto, 2000) "The dissertation examines the use of the term wu in Confucian and Daoist texts, poetry, historical texts and in a modern Taiwanese dance drama.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders, 2000 (4 the ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Barlow MR. Memory and fragmentation in dissociative identity disorder. A Dissertation: presented to the department of Psychology and the graduate School of the university of Oregon in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy, December 2005.

Becker-Blease, K. A., Deater-Deckard, K., Eley, T., Freyd, J. J., Stevenson, J., & Plomin, R. A genetic analysis of individual differences in dissociative behaviors in childhood and adolescence. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2004, 45, 522–532. References 495 c13.

Bergert D, Ono Y, Nakajima K. Dissociative symptoms in Japan. American J Psychiatry1994; 151:148-149.

Bliss EL. Multiple personality, allied disorders, and hypnosis. New York: Oxford University Press; 1986.

Bravo M,Guarnaccia, Peter J. Ph.D.; Canino, Glorisa Ph.D.; Rubio-Stipec, Martiza M.A.;, Milagros Ph.D. The Prevalence of Ataques De Nervios in the Puerto Rico Disaster Study: The Role of Culture in Psychiatric Epidemiology. The Journal of Nervous and Mental Disease: March 1993; vol 81: issue3.

Bremner JD, Krysta JH, Putnam FW. Measurement of dissociative states with the clinician-Administered Dissociative States Scale (CADSS). J Trauma Stress 1998;11:125-136.

Brown, Daniel ; Frischholz, Edward J. ; Scheflin, Alan W. Iatrogenic dissociative identity disorder – An evaluation of scientific evidence. J. Psychiatry & L. 1999; 549.

Butler, L. D., Duran, E. E., Jasiukaitis, P., Koopman, C., & Spiegel, D.. Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. American Journal of Psychiatry1996; 153, 42–63.

Castillo R. Spirit possession in South Asia: Dissociation or hysteria? Part1: Theoretical background. Culture, Medicine, and Psychiatry 1994; 18:1-21.

Castillo R J and Haugen M C. Unrecognized Dissociation in Psychotic Outpatients and Implications of Ethnicity. The Journal of Nervous & Mental Disease: December 1999 - Volume 187 - Issue 12 - pp 751-754.

Coons P. The Dissociative Disorders Rarely Considered and Under diagnosed Psychiatric Clinics of North America (September 1998) - Volume 21, Issue 3.

Coons PM, Bowman ES, Kluft RP, Milstein V. The cross-culture occurrence of MPD: Additional cases from a recent survey. Dissociation 1991; 4, 124-128.

Damasio A. Descarte's Error. Emotion, reason, and the human brain. Nueva York: Grosset/ Putnam Book (Trad cast: El error de Descartes. Barcelona, Critica, 1996).

Dell PF. Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. J Nerv Ment Dis 2002; 190(1): 10-15.

Dell PF. Why the diagnostic criteria for dissociative identity disorder should be changed. J Trauma Dissociation 2001; 2(1):7-37.

Dell PF. "A new model of dissociative identity disorder". Psychiatr. Clin. North Am (March 2006). 29 (1): 1–26.

Emma Cohen. What is Spirit Possession? Defining, Comparing, and Explaining Two Possession Forms. Published in: Ethnos,

Volume 73, Issue 1 March 2008 ; pages 101 – 126.

Freyd JJ. Betrayal trauma: The logic of forgetting child abuse. Cambridge, MA: Harvard University Press 1996.

Giesbrecht, T; Merckelbach, H; Geraerts, E. The Dissociative Experiences Taxon Is Related to Fantasy Proneness. The Journal of Nervous and Mental Disease: September 2007 - Vol 195 - Issue 9 :769-772.

Giesbrecht T , and Merckelbach H. Dreaming to reduce fantasy? – Fantasy proneness, dissociation, and subjective sleep experiences. Personality and individual differences. Vol 41, issue , September 2006: 697-706.

Gilmore (editor) Psychology of Programming, Academic Press, 1990. ISBN 0-12-350772.

Gleaves DH, May MC, Cardena E. An examination of the diagnostic validity of dissociative identity disorder. Clinical Psychology Review 2001, 21:577-608.

Gonzales CA and Griffith EEH. Culture and the Diagnosis of Somatoform and Dissociative Disorders. in Mezzich JE et al., (eds.) Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSMIV Perspective: 1996; Washington D.C.: APA Press Inc.: 137-167.

Goodman FD. States of consciousness: A study of sound tracks. Journal of Mind and Behavior 1981; 2: 209- 219.

Hadock DB (ed). Dissociative identity disorder source book 2001. New York . ISBN 0-7373-0394-8.

Hanstock TL. Bipolar affective disorder and dissociation: A potentially lethal combination. Clinical case studies April 2007, vol 6, No 2: 131-142.

Hartmann, E. (1991). Boundaries in the mind: A new theory of personality. New York: Basic Books.

Heinze, R. I. Shamans or mediums: Toward a definition of different states of consciousness. Journal of Transpersonal Anthropology1982 ; 6(1&2), 25-44.

Hesse E, Main M. Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. Journal of the American Psychoanalytic Association 2000, 48:1097-1127.

Hopper A, Ciorciari J, Johnson G, Spenssley J, Sergejew A, Stough C. EEG coherence and dissociative identity disorder: comparing EEG coherence in DID hosts, alters, controls and acted alters. J Trauma Dissociation 2002;3:75-88

Kaplan H and Sadock B. handbook of clinical Psychiatry, 1998.

Kluft RP. Clinical presentations of multiple personality disorder. Psychiatric Clinics of North America 1991; 14: 605-629.

Kluft RP. Current Issues in Dissociative Identity Disorder Bridging Eastern and Western Psychiatry vol. I num. 1, 2003.

Kluft RP. Dissociative identity disorder. In LK Michelson & W J Ray (Eds). Handbook of dissociation: Theoretical, empirical and clinical perspectives 1996 (pp. 337-366). New York: plenum.

Krippner S. Cross- cultural approaches to multiple personality disorder: Practices in Brazilian spiritism 1987. Ethos, 15(3), 273-295

Krystal Jh, Benett A, BremnerJD, Southwick SM, Charney DS. Recent development in the neurobilogy of dissociation. Implications for posttrauamtic stress disorder. In LK Michelson & W J Ray (Eds), Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and clinical perspectives 1996 (pp. 163-190). New York: Plenum Press.

Lewis-Fernandez, R. Culture and dissociation: A comparison of ataque de nervios among Puerto Ricans and possession syndrome in India. In D. Spiegel (Ed.), Dissociation: Culture, mind, and body (pp. 123–167). Washington, DC: American Psychiatric Press 1994.

Lilienfeld, Scott O.; Kirsch, Irving; Sarbin, Theodore R.; Lynn, Steven Jay; Chaves, John F.; Ganaway, George K.; Powell, Russell A. Dissociative identity disorder and the sociocognitive model: Recalling the lessons of the past. Psychological Bulletin Sep 1999; Vol 125(5), , 507-523.

Loewenstein RJ, Putnam FW: The dissociative disorders, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed, vol 1. Edited by: Sadock BJ, Sadock VA. Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins, 2004, pp 1844–1901.

Lynn SJ, Rhue JW, eds. 1994. Dissociation: Clinical and theoretical perspectives. New York, NY, USA: The Guilford Press. 365-394 pp.

Macfie J, Cicchetti D, Toth SL. The development of dissociation in maltreated preschool-aged children. Dev Psychopathol. 2001;13(2):233-254.

Merkel L. Dissociative Disorders And False Memory Syndrome (Revised 4/9/03):1-40.

Merskey, H. Philosophy, Psychiatry, & Psychology. Volume 11, Number 4, December 2004, pp. 351-355.

Middelton W, Bulter J. Dissociative identity disorder: an Australian series. Aust N Z J Psychiatry 1998; 32:294-804.

Morris P. Theory & Psychology 2004; Vol. 14, No. 5, 647-665

Nakdimen A. Dissociative Disorder Under diagnosed Due to Undescriptive Criteria? Am J Psychiatry September 2006, 163:1645-a,

Nijenhuis ERS, Spinhoven P, Van Dyck R, Van der Hart O, Vanderlinden J. Somatoform dissociatie: Bijna vergeten, maar meetbaar aanwezing : Somatoform dissociation: Almost forgetten, but measurably present. Dth, 1998,18;104-133.

Piper A, Merskey H. The Persistence of Folly: A Critical Examination of Dissociative Identity Disorder. Part I. The Excesses of an Improbable Concept. Can J Psychiatry 2004; 49:592–600.

Prins H. Besieged by devils-thoughts on possession and possession states. Medicine, Science and law 1992; 32,237-246.

Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, Baran L, Post RM. .clinical phenomenolog of multiple personality disorder: Review of 43. 100 recent cases. J Clin Psychiatry 1986; 47: 285-293.

Putnam FW, Hornstein N, Peterson G. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative identity disorder: gender and age effects. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 1996, 5,351-360.

Richards J. But delivery us from evil: An introduction to the demonic dimension in pastoral care1974. London: Darton, Longman, Todd.

Ross, C. A. Epidemiology of multiple personality and dissociation. Psychiatric Clinics of North America 1991; 14, 503–517.

Ross CA, Anderson D (eds). The dissociative disorder interview schedule: A structured interview: dissociation, vol. II No 3: September 1989.

Ross CA. Dissociative identity disorder: diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality. New York: John Wiley & Sons; 1997.

Rufer M. Held D, et al. Dissociation as a predictor of cognitive behavior therapy outcome in patients with obsessive compulsive disorder. Psychother Psychosom. 2006;75:40–46.

Sar V, Akyüz G, Doğan O (). "Prevalence of dissociative disorders among women in the general population". Psychiatry Res 2007; 149 (1-3): 169–176. doi:10.1016/j.psychres.2006.01.005. PMID 17157389.

Schore AN. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health Journal 2001; 22:7-66.

Schredl M. Repression and dreaming: An open empirical question. Behavioral and Brain Sciences (2006), 29:5:531-532.

Seedat S, Stein MB, and Frode DR. Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationtionship to gender, ethnicity and substance abuse. J Nerv Ment Dis 2003;191(2):115-120.

Simeon D, Guralink O, knutelska, and Scmeidler J. Personality factors associated with dissociation: Temperament, Defenses, and cognitive Schemata. American J. Of Psychaiatry: 2002; 159(3): 489-491.

Spanos, N. P., Weekes, J. R., & Bertrand, L. D. (). Multiple personality: A social psychological perspective. Journal of Abnormal Psychology1985; 94, 362-276.

Spanos NP. Multiple identities and false memories: A sociocognitive perspective.Washington DC: American Psychological Association 1996.

Spiegel, H. The grade 5 syndrome: The highly hypnotizable person. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis1974; 22, 303–319.

Spiegel D, Janet P. Self or Selves? Theory & Psychology, Vol. 12, No. 1, 97-128 (2002).

Spiegel D. Dissociation : culture, mind, and body. Washington, DC : American Psychiatric Press, c1994. xv, 227 p. : ill. ; 24 cm.

Spiegel D: Recognizing traumatic dissociation. Am J Psychiatry 2006; 163:566–568.

Steinberg, Marlene M.D.; Cicchetti, Domenic Ph.D.; Buchanan, Josephene B.A.; Rakfeldt, Jaak Ph.D.; Rounsaville, Bruce M.D. Distinguishing Between Multiple Personality Disorder (Dissociative Identity Disorder) and Schizophrenia Using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. J Nerv Ment Dis 1994; Vol 182: issue 9.

Stephen Black. The British Journal of Psychiatry (1970) 117: 102-103. doi: 10.1192/bjp.117.536.102-a

Tart, Charles, "Multiple Personality, Altered States and Virtual Reality: The World Simulation Process Approach," Dissociation December 1990; Vol. III, No. 4.

Van der Kolk, Bessel A. (Ed); McFarlane, Alexander C. (Ed); Weisaeth, Lars (Ed). Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society1996. (pp. 303-327). New York, NY, US: Guilford Press. xxv, 596 pp.

Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and amygdalar volumes in dissociative identity disorder. Am J Psychiatry. 2006 Apr; 163(4):630-636.

Watson, D. (). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: Stability analyses of normal and pathological dissociation. Journal of Abnormal Psychology 2003 , 112, 298-305.

Wills SM, Goodwin JM. Recognizing bipolar illness in patients with dissociative identity disorder. Dissociation: Progress in the dissociative disorders 1996; 9:104-149.

Yargic LI, Sar V, Tutkun H. Comparison of dissociative identity disorder with other diagnostic groups using a structure interview in turkey. Compr Psychiatry 1998;39(6):345-351.

الفهرس

السيرة الذاتية

* د. ياسر عبد القوى سالم.

* تاريخ الميلاد: 7-11-1962.

المؤهلات:

* بكالوريوس الطب والجراحة جامعة الاسكندرية 1986.

* ماجستير النفسية والعصبية جامعة طنطا 1993.

* دبلوم الصحة النفسية جامعة الاسكندرية 1998.

* دكتوراة الصحة النفسية جامعة الاسكندرية 2003.

الدرجات الوظيفية الحالية:

* استشارى الطب والنفسى والصحة النفسية بمستشفى جمال عبد الناصر بالاسكندرية.

* استشاري طب نفسى مستقل ، بمستشفى المعمورة للطب النفسي بالاسكندرية.

* صاحب المركز الاستشارى للطب النفسي بالاسكندرية.

* صاحب مركز وعيادة الطب النفسي بالاسكندرية.

المؤتمرات والجمعيات:

* عضو الجمعية المصرية للطب النفسي.
* عضو الجمعية الامريكية للطب النفسي.
* حضور مؤتمر الجمعية الامريكية للطب النفسي.
* حضور مؤتمرات الجمعية الاوروبية للطب النفسي.
* حضور مؤتمرات الجمعية العالمية للطب النفسي.
* حضور مؤتمر الجمعية العربية للطب النفسي.
* حضور مؤتمر الكلية الملكية للطب النفسي.

الكتب والأبحاث الطبية والمقالات للمؤلف

1ـ الأمراض النفسية وأمراض الجن والشياطين بين الوهم والحقيقة.

2ـ الاكتئاب النفسي.

3ـ اضطراب القلق الاجتماعي.

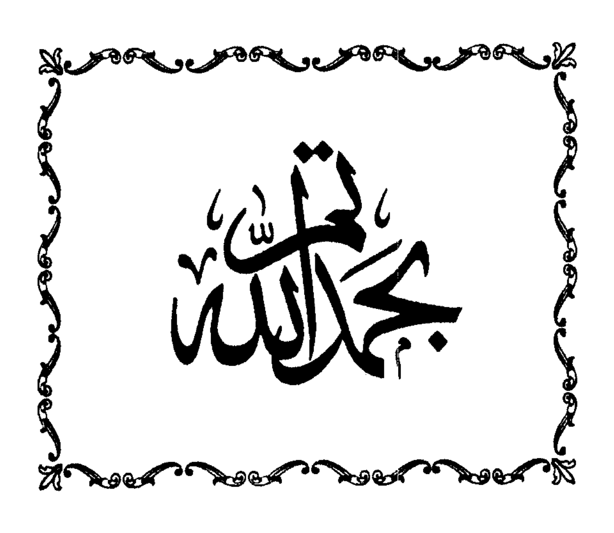
4ـ تعدد الشخصية الانشقاقي.

5ـ اضطراب الهلع.

6ـ الخوف الاجتماعي.

7ـ أسباب ضعف الثقة بالنفس وكيفية علاجها.

8ـ تقريب الفجوة بين الأعراض النفسية والاعتقادات الاجتماعية والدينية.


تم بحمد الله